



كتاب اليوم الطبي



الجهاز المضمي ومعجزة المناظير

دكتور مصطفى المنيلawy

اسمه
د. طه انيس وعلى انيس
كتاب اليوم

الطبيب

رئيس مجلس الادارة

موسى صبرى

نائب رئيس التحرير

عبد العزيز عبد العليم

مدير التحرير

حسين فريد

العدد ٣٤ ١٥ يناير ١٩٨٥
دبيع الآخر ١٤٠٥
كانون الثاني

انصحافة ٧٥٨٨٨٨ عشرة خطوط
نكس دوى ٩٢٢١٥ - ملى ٩٢٢٨٢

الاشترابات

جمهورية مصر العربية

قيمة الاشتراك السنوى ٦ جنيه مصرى

التجديد تجدد

في الخارج

إيطاليا ٢٠٠٠ ليرة
باكستان ٣٥ روبية
سويسرا ٤ فرنك
اليونان ١٠٠ دراخمة
النمسا ٤٠ شلن
الدنمارك ١٥ كرونات
السويد ١٥ كرون
الهند ٣٥٠ رپيا
كندا/أمريكا ٣٠٠ سنت
البرازيل ٤٠٠ كروزيرو
نيويورك/واشنطن ٣٥٠ سنتا
لوس انجلوس ٤٠٠ سنت
استراليا ٤٠٠ سنت

دولة اتحاد البيرين {
العربي والافريقي {
بالقوى العالم { أوروبا
والمركبية وآسيا وإشرايا {
• ويمكن قبول نصف القيمة من ستة شهور
• تصل قيمة الاشتراك ٢٣ ش الاشتراك
٧٤ (٥ خطوط)

أسعار كتاب اليوم

المغرب ١٢٥٠ فرنك
لبنان ٦٠٠ ق. ل.
الأردن ٦٠٠ فلس
العراق ٦٠٠ فلس
الكويت ٧٠٠ فلس

٢٠٠٥

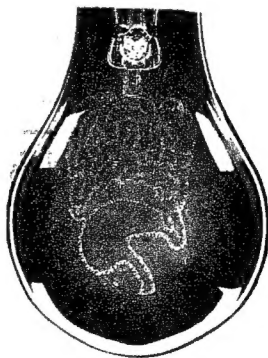
الأستاذ الدكتور / أحمد حمدي محمود
القاهرة

دكتور مصطفى المنيلأوى

أستاذ الجهاز الهضمى

الجهاز الهضمى تحت الأضواء

ومعبرة عصر المناظير الضوئية



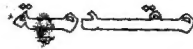
سكرتير تحرير تنفيذى
وبعض الرسوم الداخلية
محمّد عفت



مؤلف هذا الكتاب

دكتور مصطفى المنيلأوى

- أول من أنشأ وحدة متكاملة للمناظير الضوئية منذ ١٤ عاما في مصر والعالم العربي .
- أول من أدخل أسلوب المنظار العلاجي في مصر والعالم العربي مواكبا في ذلك المراكز الطبية الأجنبية المتخصصة .
- عين استاذاً للأمراض الباطنة بالأكاديمية الطبية العسكرية وعمل رئيسا لقسم الجهاز الهضمي بمستشفى القوات المسلحة بالمعادي ووصل الى رتبة لواء طبيب بالقوات المسلحة .
- يعمل حالياً رئيساً لقسم الجهاز الهضمي بمستشفى مصر الدولي ومستشار امراض الجهاز الهضمي لمستشفى الشرطة ومستشفى الهيئة العربية للتصنيع .
- عضو بالجمعية الطبية المصرية لأمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكبد وجمعية اصديقاء امراض الكبد بالوطن العربي وعضو في جمعيات طبية اجنبية عديدة وحاصل على زمالة كلية الاطباء ملكية بإنجلترا .
- نشر ابخلث طبية كثيرة وشارك واشرف على مؤتمرات طبية عديدة في الداخل والخارج .
- قام بالتدريس وتدريب الكثير من الاطباء المصريين والاطباء من الدول العربية واشرف على انشاء وحدات لأمراض الجهاز الهضمي والمناظير الضوئية في مستشفياتنا وجامعاتنا .
- الطبيب الشخصي لعدد من الرؤساء والامراء العرب ، ويحمل ارفع الأوسمة والنياشين من البلاد الصديقة .



مما هو معروف أن الكتابة العلمية أو الطبية عادة ما تكون بالنسبة للقارئ العادى جافة وصعبة على الفهم ، فهى ليست قصة أو رواية تحكى . . يستطيع الكاتب من خلال سطورها أن يشوق القارئ ، وينقل إليه فكرة معينة أو يبرز وجهة نظر محددة .

ولهذا أصبحت الآن الكتابة العلمية الحديثة الناجحة ، تعتمد أصلا على كيفية عرض المادة العلمية بطريقة مبسطة وشاملة ، فيها من عناصر التشويق والتبسيط ما يتيح للقارئ العادى وحتى المتخصص فهم ، اصعب الموضوعات العلمية تعقيدا .

ولما كانت امراض الجهاز الهضمى فى منطقتنا من أكثر الامراض انتشارا بين مواطنينا ، فقد جعلها هذا فى موضع الصدارة من حيث الأهمية بالنسبة لدور الاعلام الطبى السليم ، الأمر الذى يقتضى توضيح أسباب هذه الامراض ، وكيفية الوقاية منها ، ووسائل تشخيصها وعلاجها .

وقد شهد الطب خلال السنوات الأخيرة تطورا علميا وتكنولوجيا هائلا فى وسائل التشخيص والعلاج ، مما أصبح لزاما علينا جميعا أن نعرف مرضانا ومواطنينا بالشرح العلمى المبسط ، أهمية هذه الوسائل المستحدثة ، ودورها الرائد فى الكشف المبكر عن طبيعة هذه الامراض والعلاج على ضوءها ، حتى يكونوا على دراية بكل ما هو جديد مما يساعدهم على فهم وتقبل هذه الوسائل الحديثة ، فيعود عليهم وعلى مجتمعتنا بالنفع والصحة .

وهذا ما دعانى الى الكتابة عن أمراض الجهاز الهضمى وما هو جديد فيها مع التركيز على المناظير الضوئية ودورها الخطير فى التشخيص والعلاج ، واضعا نصب عيني الأهداف التى اشرت اليها ، حتى يكون هذا الكتاب إضافة جديدة للقارئ فى هذا المجال . وأدعو الله أن يوفقنى الى ذلك .

* المحتويات *

ص			
٣	.....	— مؤلف هذا الكتاب	
٤	.....	— مقدمة	

* الجزء الأول *

٩			
	.....	— الفصل الأول : الجهاز الهضمي . لماذا ؟	
		الجهاز الهضمي وسر الحياة . ايها الانسان انت لست شجرة	
١٥	.....	— الفصل الثاني : وجبة طعام تتكلم	
		انت فتطلق بلعبك . اللعاب احسن معجون اسنان - المعدة قم كبير	
		بلا اسنان . المعدة لا تاكل نفسها . نهاية سعيدة لوجبة طعام	
٢٣	.....	— الفصل الثالث : البطن يكشف عن خباياه !	
		محتويات التجويف البطني . الغشاء البريتوني هم للمغاية . البطن	
		والجهاز الدوري والعصبي . خبايا البطن وسوء الهضم	
٣١	.....	— الفصل الرابع : التفسير العلمي لآلم البطن	
		* الالم السطحي والالم العميق - الغشاء البريتوني واللم البطن الحاد	
٣٧	.....	— الفصل الخامس : هل تشكو . من الغازات والانتفاخ ؟	
		* كيف تتكون الغازات ؟ . بلع الهواء هواية ضارة . هذه الاطعمة تسبب الانتفاخ	
٤٣	.....	— الفصل السادس : هل تشكو . من الغثيان والقيء ؟	
		* الجهاز العصبي هو السبب . اعراض كثيرة تصاحب القيء .	
		امراض مختلفة تسبب القيء	
٤٩	.....	— الفصل السابع : الحموضة والحرقان	
		البطارية الجافة والمعدة والحامض - فتق الحجاب الحاجز ليس سبب الحموضة -	
		العلاج الجراحي لفتح الحجاب الحاجز	
٥٧	.....	— الفصل الثامن : الامساك والاسهال	
		* القولون ليس سلة مهملات . وهكذا يحدث الامساك . .	
		كيف يحدث الاسهال ؟ . من ياكل معي الخبز الاسمر :	

* الجزء الثانى *

- ٦٥ الفصل التاسع : عصر المناظير الضوئية
المصباح الكهربى والالياف الضوئية . لا تخشى الفحص بالمنظار . لماذا
نحتاج للفحص بالمنظار ؟ . امراض الجهاز الهضمى من خلال المنظار
- ٧٧ الفصل العاشر : الدم الأسود . ونزيف الجهاز الهضمى الحاد .
علاج سريع من الصدمة . نصف كوب من الدم تطفى واسباب النزيف من
خلال المنظار . دوائى . المرىء بالمنظار . المنظار والكى الضوئى والكهربى

* الجزء الثالث *

- الفصل الحادى عشر : القرحة الهضمية .
٨٩ قرحة المعدة والأثنى عشر
* لماذا المنظار . . لتشخيص القرحة - ثلاثة اعراض للقرحة - الحموضة
ليست من أعراض القرحة - عوامل تصاحب القرحة - أحدث علاج للقرحة -
مريض القرحة ماذا يأكل ؟
- ١٠٣ الفصل الثانى عشر : الحصوات المرارية والمنظار
* الخزان النشط . . محتويات سائل الصفرا . كيف تتكون هذه
الحصوات . كيف تتجنبى ياسيدتى هذه الحصوات . المنظار والصفراء
الانسدادية . استخراج الحصوات بالمنظار
- ١١٩ الفصل الثالث عشر : أيها الكبد العظيم : كيف تمرض ؟
* الكبد اكبر مصنع كيميائى . لكى يقوم الكبد بوظيفته . تعدد امراض
الكبد . اسباب التهاب الكبد المزمن - العلاقة الوثيقة بين الفيروسات وتليف
الكبد - ما يجب ان تعرفه عن تليف الكبد - فحص الكبد بمنظار البطن
- ١٣١ الفصل الرابع عشر : أمراض القولون
* الامراض الاربعة لمرض القولون العصبى . المتهم البرئ . الزوائد
القولونية والنزيف الشرجى . منظار القولون علاج لنزيف الزوائد . الزوائد
الغدية خطيرة .
- ١٤٤ الخاتمة

● الجزء الأول ●

- الفصل الأول :
الجهاز الهضمي . . لماذا؟
- الفصل الثاني :
وجبة طعام تتكلم ! . .
- الفصل الثالث :
البطن يكشف عن خباياه !
- الفصل الرابع :
التفسير العلمي لألم البطن
- الفصل الخامس :
هل تشكو من الغازات والانتفاخ !
- الفصل السادس :
هل تشكو من الغثيان والقيء ؟
- الفصل السابع :
الحموضة والحرقان . .
- الفصل الثامن :
الإمساك والإسهال . .

● الفصل الأول ●



الجهاز الهضمي .. لماذا ؟ !

- الجهاز الهضمي وسر الحياة .
- أيها الانسان أنت لست شجرة .

هل دار بخيالك في يوم من الأيام أن تعيش بدون
« جهاز هضمي » في جسمك ، وهل فكرت في لحظة من
اللحظات لماذا تأكل ولماذا تشرب ؟ . . .

قد تبدو هذه الأسئلة ساذجة للغاية ، ولا تحتاج
لتساؤل ، فانت تشعر بالجوع والعطش ، ولذلك فانك
تأكل وتشرب . ولكن في علم الحياة . . هذه الأسئلة
البسيطة استغرقت من العلماء تفكيراً وعملاً متواصلاً
خلال قرون طويلة ، الى ان وصلوا الى اجابات محددة
لها . فمن غير التفكير والتساؤل الذى يتبعه عمل وبحث
وبدون اعمال الفكر والتأمل في أى امر من الأمور ،
يصعب استخلاص النتائج وايجاد الحلول . وهذه هي
البداية الصحيحة لفهمهم سوياً خصائص الجهاز
الهضمي وبالتالي كيف تصيبه الأمراض ، وكيفية
الكشف عنها ثم علاجها .

.....

● الجهاز الهضمى وسر الحياة :

منذ بدء الخليقة ومنذ أن وجدت الحياة على سطح الأرض ، فإن ما يميزها عن الكواكب الأخرى هو وجود الحياة على كوكب الأرض . والحياة تعنى كائنا حيا نباتا كن أو حيوانا . والكائن الحى ليس جمادا كالمعدن أو الحجارة . فالكائن الحى له خصائص معروفة فانه يأكل ويتنفس ويتحرك وينمو ويتكاثر ويشعر أو يحس . . . وهذه هي خصائص الحياة أو وظائفها ، فالحياة وظيفة . . ونطلق عليها بالمصطلح العلمى « الوظائف الحيوية » . ولكى تتم كل هذه الوظائف الحيوية . فلا بد من وجود الطاقة أو الغذاء . فلا بد لك أيها الانسان - مثلك مثل أى كائن حى آخر - من الطعام الذى يتحول فى جسدك الى طاقة تعطيك القدرة على النمو والحركة والتفكير . . الخ . ولابد إذن من وجود « جهاز هضمى » تكون وظيفته الوحيدة هى استقبال الطعام وهضمه وتحضيره فى الشكل الذى يتناسب مع ملايين الملايين من الخلايا التى يتكون منها جسمك ، والتى عليه أن يمدّها بالطاقة التى تحتاجها . وهو فى ذلك لا يتوقف أبدا عن العمل ، ولا تتوقف بالتالى خلاياك عن استخلاص الغذاء الذى تحتاجه . فان غاب الجهاز الهضمى أو توقف عن العمل ، فإن الحياة نفسها تتوقف . . . ولعل الهضم أو التغذية هى أول وظيفة خلقت ، وتأتى فى المقام الأول بالنسبة للوظائف الأخرى مجتمعة . . . ولعل أقرب مثل لوظيفة الهضم والتغذية فى أى كائن حى هو مثال السيارة . . . فإن بها موتورا وبطارية وعجلات وانواراً ، ولكن تخيل أنه ليس بها بنزين (أو طاقة) فكيف تسير وتعمل أو كيف تؤدى وظيفتها ؟ .

ولا أستطيع أن أدلل بأكثر من هذا المثل على أن الجهاز الهضمى هو سر الحياة واستمرارها .

• أيها الإنسان أنت لست شجرة •

نعم أنت لست نباتا أو شجرة تحصل على غذائك بأن تجلس في الشمس وتأخذ منها الطاقة بواسطة أوراقها الخضراء . . وتمتد جذورك الى باطن الأرض تمتص منها الماء والمعادن . . لتنمو وتزدهر وتثمر . . ولكن عليك أن تسعى الى طعامك وتتغذى على غيرك من الكائنات الحية نباتا كانت أو حيوانا فتلتهم من الطعام ما تشتهي . . ولكنك لا تعلم أن أغلب ما تأكله لا نفع له بالصورة التي تعد بها طعامك ، فلا وجبة دجاج أو لحم أو أكلة فول وطعمية تعنى شيئا لاي خلية من خلايك مهما كانت جائعة أو شرهة . . فكان لابد لها من « جهازك الهضمي » ليقوم هو وحده بإعداد ما لذ وطاب بطريقته هو وليس بطريقتك أنت . . فتأخذ منه خلايك ما تحبه وترضى عنه . . ويقوم بعد ذلك جهازك الهضمي أيضا بإخراج كل النفايات وبقياء الطعام الذي لم ترض عنه خلايك أو التي لم تكن في حاجة اليه . هذا باختصار شديد قصة الجهاز الهضمي في جسدك من بدايته بالغف والأسنان ثم المريء والمعدة والأمعاء الدقيقة والغليظة والمستقيم (أو ما نعينه بكلمة القناة الهضمية) مع كل ملحقاته من الغدد التي تفرز الخمائر (أو الانزيمات) التي تفتت الطعام الى عناصره الأولية ، بداية من الغدد اللعابية وافرازات المعدة والأمعاء والبنكرياس ونهاية بإفراز سائل الصفراء من الكبد .

وهذه هي معجزة الخالق جل جلاله في مخلوقاته ، إذ جعل لكل شيء سببا ، وخلق الإنسان أكثر هذه المخلوقات تطورا ، وجعل من أجهزة جسمه العديدة وحدة واحدة ، تقوم بوظائفها على أكمل وجه ، وتعمل في تجانس وتوافق مذهل يفوق كل تصور أو خيال .

* * * * *

● الفصل الثاني ●

وجبة طعام تكلم!



- أنت تنطق بلعابك!
- اللعاب أحسن معجون أسنان
- المعدة فم كبير بلا أسنان
- المعدة لا تأكل نفسها!
- نهاية سعيدة لوجبة طعام . .

لو كان لوجبة الطعام أن تتكلم لقلت: إني الآن في
فمك من فضلك امضغنى بأسنانك لاصبح قطعاً صغيرة
وإلا فكيف أدخل اليك وكيف تبتلعنى ؟ وإني أريدك
وأنت تطحننى بضروسك القوية أن اذوب في فمك . .
فعليك إذن بأن تعطينى لعباك.. وأعطينى إياه بكمية
وفيرة . فهذا اللعاب هو السائل الذى يختلط بى
ويذيبنى والذى يجعلك تتذوقنى بلسانك .

لا تتعجب فإن حاسة التذوق موجودة فى اللسان
وليس فى مكان آخر . فهو الذى يحتوى على نهايات
الأعصاب التى تنقل هذا الإحساس الى مخك وبذلك تدرك
هل مذاقى حلو أو مر حمضى أو مالح . حتى حاسة
الشم فهى عامل مساعد مع تذوقك لمرارتى أو حلاوتى
فهى التى تدلك أيضاً على رائحتى وتزيد من إفراز لعباك
فتعجب بمذاقى للغاية فتلتهم منى أكثر وأكثر وغدك
اللعباية (وعددها ست غدد) تجدها موجودة تحت
لسانك مباشرة أو تحت الفك السفلى ولها قنوات دقيقة
تصب لعباك داخل تجويف فمك مباشرة وبه من الماء
والمواد المخاطية والخمائر

(الانزيمات) ما يحول المواد النشوية التي أحتويها الى سكر . وهو ايضا يرطبني ممايساعدك اثناء عملية البلع على أن تبتلعنى بسهولة . . وانزلق برقق الى البلعوم ثم المريء . لأدخل بعد ذلك مباشرة الى معدتك التى تفعل بى بعد ذلك ما تشاء .

وهذا هو تجويف الفم أول جزء من القناة الهضمية الذى يستقبل الطعام ويتكون من فك علوى وآخر سفلى . تحركهما عضلات الفك القوية . وهى أقوى عضلات الجسم ، وبكل فك منهما ستة عشر من الأسنان مابين قواطع وأنياب وضروس تقضم وتقطع وتطحن الطعام بقوة وبطريقة فعالة وسريعة . . فعليك بالله اذن أن تمضغنى ببطء الى اصغر قطع ممكنة . . واذا لم تفعل ذلك فإننى قد أصيبك بعسر الهضم . لأن قطع الطعام الكبيرة ليست سهلة الهضم .

● أنت تنطق بلعابك :

وقد تندهش ايها القارئ لو علمت أن إفراز الغدد اللعابية يصل الى حوالى لتر ونصف لتر يوميا . وهو الذى يجعل تجويف الفم بما يحتوى من الشفاه واللسان والجزء الداخلى من الوجنتين دائما رطبا ومبللا وإلا فكيف تتكلم بسهولة وطلاقة ؟ ولو وقفت خطيبا أو اطلت فى الكلام فانك تحتاج الى كوب ماء أمامك ترتشف منه قليلا كلما اطلت فى الحديث حتى تعوض الجفاف فى حلقك ولسانك حتى تتحكم فى مخارج الالفاظ وسلاسة الحديث .

والأغرب من ذلك هو ما يصيبك عندما تواجه فجأة بموقف يثير الرعب فى قلبك ، فهذا الخوف المفاجيء يقلل من إفراز السائل اللعابى عن طريق نهليات الأعصاب التى تتحكم فى إفراز اللعاب فيجف لعابك ولا تستطيع أن تنطق جيدا أو أن تصرخ طالبا النجدة . . ولعل هذا

هو السبب في القول الشائع « عقد الخوف لسانه » اُضيف الى ذلك أن المسائل اللعابية قلوى التأثير . وهذا هو الوسط الذى يحتاجه الإنزيم المسمى « الأميلاز » الذى يهضم المواد النشوية التى تأكلها ويفتتها ويحولها الى سكر سهل الذوبان . . أى أن تجويف الفم يفتت الطعام ويرطبه لسهولة انزلاقه للمرىء . كما أن له خاصية أخرى في هضم النشويات الى عنصر ذائب هو سائل سكر . . . وليس هذا فقط ولكن له أهمية أخرى أساسية:

● اللعاب أحسن معمون أسنان :

إن بقايا الطعام التى تبقى بين تجاويف الأسنان والضروس خیر وسط تنمو عليه الجراثيم التى تتواجد بصورة طبيعية في كل فم . . وتتغذى الجراثيم على هذه البقايا . وينتج عن ذلك التفاعل مادة حمضية تساعد على تآكل الطلاء الأبيض العاجي الذى يقى الأسنان وبذلك يسبب تأكلها . . ومع استمرار هذه العملية فإن ذلك يؤدى الى أن تهاجم الجراثيم أسنانك مع الوقت وتتسوس الأسنان والضروس ولكن المسائل اللعابية وخاصيته القلوية تعادل التأثير الحمضى الضار الناتج عن هذه الجراثيم . وبذلك يقى الأسنان من هذه الاخطار . ولكنك أثناء نومك فأنك لا تأكل ولا تتكلم . وبالتالي يقل إفراز اللعاب عند النوم بدرجة كبيرة . . وهذه هى الفرصة السانحة للجراثيم لتنشط وتتكاثر وتقوم بعملها الضار وانت تحلم في نومك بأحلامك السعيدة . . فعليك إذن باستعمال الفرشاة ومعجون الأسنان لازالة بقايا الطعام وخاصة بعد وجبة العشاء وقبل نومك مباشرة والا فإن تسوس الأسنان في طريقه اليك لا محالة ولو طال الزمن

• المعدة فم كبير بلا أسنان :

وتواصل وجبة الطعام حديثها قائلة :
وبعد أن انزلت وأنا في شكل قطع صغيرة ممزوجة باللعب وخمائه
القلوية وعلى شكل قطع من اللباب المبطل بالماء اصل الى « بوابة »
او فتحة في اسفل المريء ادخل بها الى فم كبير للغاية يصل حجمه الى
حوالى لتر كامل . ولكنى لا أرى به أسنانا او ضروسا ويطلقون على
هذا الفم الرطب اسم « المعدة » التى تستقبلنى بخداع شديد وبخطة
محكمة . تصور انها اولا تتدلى وتتراخى لتحتوى قطعى الكثيرة
الواحدة تلو الأخرى التى تنزلق من المريء . ثم فجأة وبدون إنذار
اجدها تعترضنى بقوة وعنف شديدين فى موجات متلاحقة من
الانقباضات العضلية القوية وتكرر هذه الانقباضات كال موج الهادر من
ثلاثة الى أربعة فى الدقيقة الواحدة - فعضلات المعدة قوية وسميكة
ولها هذه القوة العاصرة .

وليس هذا فقط ولكنى اجد أن المعدة تغرقنى تماما وذلك بافرازها
كمية هائلة من السائل حوالى ثلاثة لترات يوميا - تصبه من غددها
الكثيرة الموجودة فى الغشاء المخاطى المبطن لجدار المعدة الداخلى .
وعصارة المعدة هذه حمضية للغاية بالنسبة لى وتركيز الحامض بها
(وهو حامض الايدروكلوريك) يصل الى نسبة ٤ ٪ ، وهذا تركيز عال
جدا بالنسبة لى . وبه ايضا خميرة هاضمة اسمها الببسين تعمل فى
هذا الوسط الحمضى لتفتت اللحم والدجاج والأسماك والألبان (وكلها
من مجموعة البروتينات) الى جزئيات من البروتين المهضوم ابسط فى
التركيب الكيميائى من البروتينات التى كنت عليها قبل دخولى الى هذا
الفم الكبير او هذه المعدة . وتستمر المعدة فى طحنى وخلطى ومزجى
بعصارتها الهاضمة اظل هكذا فى حركة دائمة واهتزاز متواصل كانى فى
خلاط قوى . فلا استطيع الحراك الى أعلى - اى الى المريء - فهذه

البوابة التى بأسفله والتى دخلت منها مقفلة تماما الآن . .
 ولا أستطيع الهروب الى أسفل لأنى أواجه ببوابة أخرى أوفتحة أخرى
 عند نهاية المعدة وعند اتصالها بالاثنى عشر (أول جزء من الأمعاء
 الدقيقة) التى تنقبض وتعتصرنى وتردنى مرة أخرى الى هذا
 الخلط - هذا الفم الكبير وهذه المعدة الجبارة القوية . . وأظل هكذا
 لمدة ساعات طويلة (تصل الى ست ساعات أو أكثر) الى أن اتحول
 بالتدريج الى سائل ذى قوام سميك به ماكنته سابقا لأصبح فى شكل
 الحساء أو الشورية (وهذا السائل اسمه علميا : سائل الكيموس)
 وهنا فقط وليس قبل ذلك تنفتح البوابة التى بأسفل المعدة لأدخل الى
 الاثنى عشر على دفعت صغيرة متتالية ولاتركنى المعدة أبدا
 ولا تسمح لى بالمرور الا اذا تحولت الى شوربه . أما اذا كنت سهلة
 القوام منذ البداية (مثل العصير أو الماء) فمن انقباضات المعدة
 تسمح لى بالمرور خلال دقائق - حوالى عشر دقائق فقط .

● المعدة لا تأكل نفسها :

أن المعدة من الداخل بها غدد كثيرة فى الغشاء المخاطى المبطن لها .
 وهذه الغدد هى التى تفرز الحامض والخمائر الهاضمة . وهى من
 الكثرة بحيث لا يمكن حصرها . وكلها تفتح بقنوات دقيقة على سطح
 هذا الغشاء المخاطى وكأنها ثقوب به . وكل مليمتر مربع يحتوى على
 عدد من هذه الفتحات أو الثقوب ما يصل الى مائة فتحة أو مائة
 غدة . . فكيف تقى المعدة نفسها من هذه العصارة وهذه
 الخمائر ؟ . . أن هذه المعدة الماكرة هيأت الحماية اللازمة لنفسها
 وذلك بإفراز مادة مخاطية قلوية التأثير تنتجها خلايا عديدة موجودة
 عند مدخل هذه الثقوب والفتحات وهذه المادة المخاطية تلتصق بالغشاء
 المخاطى وكأنها مرهم أو كريم وبذلك يتدفق السائل الحمضى بخمائره
 الى تجويف المعدة ليختلط بالطعام فى نفس الوقت الذى تفرز فيه

المعدة هذا المرهم المخاطي وكأنه طلاء قلوى يحمي غشاءها الداخلى من التآكل .

● نهاية سعيدة لوجبة طعام :

وهكذا أكلت المعدة وجبة الطعام تماما بطريقة ميكانيكية وكيميائية وبتخطيط وتدبير من استقبال لوجبة الطعام الى انقباض - الى افراز ثم هضم بخمائرهما وعصائرها .

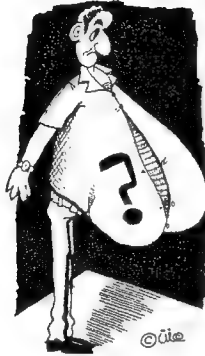
وينتهى حديث وجبة الطعام بعد ان تحولت من ناحية الشكل والقوام ومن التركيب الكيميائى الى مواد ابسط كثيرا عما كانت عليه قبل دخولها الى المعدة ، فان كان الفم بما يحتوى من اسنان وغدد لعابية هو البداية فان المعدة وهذا الفم الكبير كان اقوى واشد فى التأثير على وجبة الطعام فقد طحنها وخلطها وحولها الى نهايتها السعيدة بطريقة اشد عنفا وتركيزا من اى فك او ضروس .

* * * *



● الفصل الثالث ●

البطن يكشف عن خباياه !



- محتويات التجويف البطنى
- الغشاء البريتونى : هام للغاية
- البطن والجهاز الدورى والعصبى
- خبايا البطن وسوء الهضم

انظر الى هذا المكان من جسمك الذى نطلق عليه جميعا اسم البطن تجده هادئا ويتحرك بانتظام مع حركة التنفس وتتوسطه « السره » ، التى كانت قبل ولادتك وانت داخل الرحم متصله بالحبل السرى الذى قطعوه فور ولادتك لتنفصل عن الرحم وتبدأ الحياه بالبكاء . . ثم تطلب ثدى أمك للغذاء . وهذا كل ما تراه عينك من البطن . ولكن هذا البطن هو تجويف صغير به أكبر مجمع غذائى فى العالم . . يقوم باستقبال الطعام وهضمه وطحنه وامتصاصه وتوزيعه لكل خلية من ملايين الخلايا فى جسدك . . ولا يتوقف لحظة واحدة عن العمل طوال سنوات عمرك المديدة . أن به من الأسرار والخبائيا ما هو أكثر بكثير من حجمه . وإن أصبت بمرض من امراض الجهاز الهضمى فلن شواهد او اعراضه وطرق الكشف عنها سواء بالوسائل التقليدية او بالاساليب المستحدثة من تصوير بأشعة الكمبيوتر او الموجات فوق الصوتية او بالمنظار الهضمية او اية إختبارات معملية فانها تتركز اساسا على إستكشاف اسرار هذا التجويف البطنى ومعرفة ما يجرى بداخله . فلنبدا سويا إذن فى فهم التجويف البطنى والبحث عما بداخله وشرح الأعراض المرضية التى تصيبه مثل المغص أو القيء أو الاسهال . . الخ حتى نتمكن من التعرف على أمراض هذا الجهاز الهضمى أو هذا التجويف البطنى .

● محتويات التجويف البطنى :

وفي حقيبة صغيرة هى حجم البطن عليك أن تضع بداخلها خلاف المعدة - حوالى ستة أمتار من الأمعاء الدقيقة ومقر ونصف من الأمعاء الغليظة . هذا بخلاف الكبد الذى يزن فى المتوسط كيلو جراما ونصفا بالإضافة الى قنوات الصفراء والحوصلة المرارية . وغدة أخرى صغيرة ولكنها معمل كيميائى عظيم هى البنكرياس . أضف الى ذلك الطحال والكليتين والرحم والمبيضين . . الى آخر محتويات التجويف البطنى والتي لا تنتمى إلى الجهاز الهضمى .

وهذا هو السبب فى أن الأمعاء تلف وتدور وتنحنى حتى تتواجد كلها فى هذا المكان المحدد من أعلى بعضلة الحجاب الحاجز وهى عضلة قوية وكانها سقف غرفة تفصل تجويف البطن عن تجويف القفص الصدرى . أما الجدران فهى عضلات أخرى تكمل التجويف البطنى من الخلف والأجناب والأمام . أما الجدار السفلى أو الأرضية فهى عظام الحوض .

● الغشاء البريتونى :

هام للغاية

ولكى تتماسك كل هذه الأمعاء وهذه المحتويات مع بعضها البعض فإن جدران البطن من الداخل مغطاة بغشاء قوى كالنسيج يحيط بها وكأنه كيس كبير يحتويها . جميعا نطلق عليه اسم « الغشاء البريتونى » . وهذا الغشاء لا يحيط فقط بالمعدة والأمعاء ولكن له أيضا أماكن التقاء عديدة بجدران البطن العضلية أو بالعظام - أى أنه يثبت نفسه فى أماكن متعددة ينتشر منها الغشاء البريتونى الى كل هذه الأحشاء الداخلية وتنتشر بين ثناياه الشرايين والأوردة والأعصاب لكي تتفرع بعد ذلك الى الأنسجة المختلفة .

• البطن والجهاز الدورى والعصبى :

وحيث أن كل محتويات التجويف البطنى هى خلايا وأنسجة حية وليست محتويات حقيقية صغيرة فكان لابد لها من مئات الأمطار من الشرايين والأوردة والقنوات الليمفاوية ومئات الأمطار الأخرى من سلوك رقيقة هى الاعصاب . وكل هذه الأمطار تتفرع وتتشابك لتصل فى شكل شعيرات أو سلوك لا ترى الا بواسطة الميكروسكوب لتصل الى كل خلية من خلايا الجهاز الهضمى . فيقوم الجهاز الدورى بواسطة مضخة قوية هى القلب بتوصيل الغذاء لكل خلية من الخلايا على حده . . . وكأنك رويت كل خلية بالغذاء كما نرى فى دنيا الزراعة - بطريقة الرى بالتنقيط . ويقوم الجهاز العصبى بنقل الملايين من الومضات الكهربائية من وإلى الجهاز العصبى الرئيسى والمخ . وشبكة الاتصالات الهائلة هذه هى السر فى « التحكم » أو « الكنترول » فى وظيفة كل جزء من أجزاء الجهاز الهضمى بحيث يعمل فى توافق وفى خطوات موقوته كل واحدة تكمل الأخرى .

وكل هذه الوظائف الحيوية سواء كانت هضما أو امتصاصا أو موجات وانقباضات عضلية وافرازات تتم بطريقة تلقائية أو لا ارادية وليس لك فيها أى تحكم وتعمل ليل نهار وفى كل دقيقة بل كل ثانية وهكذا تتشارك أجهزة الجسم المختلفة مع بعضها البعض لتستمر الحياة ولا غنى لأى جهاز عن الآخر لكل تخصص ولكل وظيفة يؤديها بكفاءة وبدون ملل لتستمر الحياة ويعيش الانسان .

خبايا البطن وسوء الهضم :

كل أسرار البطن وخباياه وأمراضه تعنى للمريض « سوء الهضم » فهو عندما يشكو لطبيبه ويشرح له ما يشعر به فانه عادة يلخص أعراضه كلها فى جملة واحدة قائلا « انا عندى سوء هضم » وهى كلمة مطاطة وليست ذات مدلول واضح أو محدد . ومع ذلك فانها واقع

وحقيقة ، وما يذكره المريض هو فعلا ما يشعر به ، ويستطرد المريض في تفسيره لسوء الهضم بجمل أخرى تدور كلها حول واحدة أو أكثر من الجمل الآتية :

- عندى ألم فى قم المعدة أو فى وسط البطن . أشعر به كأنه شىء ثقیل فى هذا المكان من بطنى .

- أشكو من الانتفاخ والغازات

- أحس بحرقان وغممان نفس .

وتتعدد الشكاوى والأعراض وتدور حول نفس المعانى . وتتردد نفس الكلمات وبنفس الأسلوب تقريبا مع جميع المرضى بدون استثناء . . وكأنهم يحفظونها عن ظهر قلب أو يسجلونها على شريط تسجيل يتبادلونه جميعا .

ما هو السبب فى ذلك ؟ ولماذا تتشابه الأعراض الناتجة عن سوء الهضم وتتشابه بهذه الصورة غير الواضحة ؟ وهل من المعقول أن تكون شكاوى مريض المعدة مثلا هى نفس شكاوى مريض المراره أو القولون ؟ . . نعم . أن الشكاوى فى كثير من الاحيان تكون بصفة عامه واحدة . فلا تحديد او حدود لمكان الألم ولا معنى واضحا لكلمة الانتفاخ او لمفهوم الحرقان أو الثقل فى البطن أو الغثيان . فكلها كلمات عامه وقد تعنى لمريض شيئا ما مختلف تماما عما تعنيه بالنسبة لمريض آخر .

● سوء الهضم بين الطبيب والمريض :

فلا تتعجب إذن أن بدأ طبيبك فحصه بعملية إستجواب طويلة لك وكأنه محقق أو وكيل نيابة . . تتوالى فيه أسئلته ودورك أنت هام للغاية وذلك بأن تساعد باجابات دقيقة قدر إمكانك . فإن هذا الفهم المتبادل وهذه العلاقة الوثيقة بينكما هى التى تسهل للطبيب عمله للوصول الى اسرار وخبايا تجويف البطن . . ومفهوم الطبيب وتحليله

العلمى لأعراض سوء الهضم التى تشكو منها تعتمد أساسا على عملية الاستجواب هذه ولكنها تختلف تماما عما تقصده أنت بسوء الهضم . وسوء الهضم هو بلا شك الشكوى الأولى والأهم فى أعراض الجهاز الهضمى . ولذلك فإن تفسيرها هو المدخل الطبيعى لكشف اسرار التجويف البطنى . ماهى إذن أعراض سوء الهضم هذه ؟ ولماذا على المريض أن يعرفه عندما يشكو بعرض أو أكثر من هذه الأعراض ؟ وعندما يقول لطيببه « عندى سوء هضم يادكتور » .

أن علينا أن ندرك أن المريض قد يكون هو المتسبب فى ذلك باتباعه عادات صحية وسلوكيات اجتماعية ضاره كما سنرى . ولكن قد تكون أعراض سوء الهضم ناتجة عن مرض عضوى من امراض الجهاز الهضمى على طبيبه أن يكتشفه ويعالجه منها .

ولنبدا معا فهم كل عرض من أعراض سوء الهضم على حدة واهمها هى :

- ألم البطن
- الانتفاخ والغازات
- الغثيان والقيء
- الحرقان والحموضة
- الإمساك والاسهال

وبالتفسير العلمى السليم لكل عرض من هذه الأعراض يسهل علينا اكتشاف السبب وراء العلة والداء .



● الفصل الرابع ●

التفسير العلمى لألم البطن !

- الألم السطحى . . والألم العميق !
- الغشاء البريتونى وألم البطن الحاد

إنك تحس بأى لمسة على سطح الجلد وتشعر بالألم . إن وخزتك ابرة أو لدغتك بعوضة . وتستطيع ان تحدد مكان الوخزة أو اللدغة بدقة متناهية حتى لو كنت مغمض العينين . وهذا هو ما نعرفه فى لغة الطب باسم « الألم السطحى » وهذا الحس هام للغاية لحماية الانسان من الأخطار التى توجد فى البيئة المحيطة به . ولذلك فان نهايات الأعصاب الموجودة فى نسيج وخلايا الجلد كثيرة ومتعددة وكذلك مراكز استقبالها فى خلايا المخ (الجهاز العصبى الرئيسى) والتى تدرك بها وتحس مكان الألم لتقى بها نفسك .

أما تجويف البطن فان ما يحتويه من أحشاء لا يحتاج لمثل هذه الدقة فى الحس أو ادراك الألم لأنه مغطى وله حماية كاملة بما حوله من أغشية وعضلات وجلد على سطح البطن . ولذلك فان نهايات الأعصاب الموجودة بالمعدة والأمعاء مثلاً قليلة العدد نسبياً وتنقل الاحساس بالألم الى المخ عن طريق الأعصاب اللا إرادية (العصب السمبىتاوى) الذى يصل أولاً الى مراكز أو محطات فرعية فى النخاع الشوكى داخل العمود الفقرى قبل الوصول الى المحطة النهائية أو مراكز استقبال الاحساس الرئيسية فى المخ .

وهذا النوع من نهايات الاعصاب ينقل نوعا آخر من انواع الالم نطلق عليه اسم (الالم العميق) نسبة إلى انه ينقل الاحساس بالالم من اماكن داخلية عميقة مثل الالم الاحشاء .

ومن أهم خصائص الالم العميق انه غير حاد او محدد . . أى انك تشعر به كثقل فى البطن أو كأنك ممتلئ بالغازات ولا تستطيع تحديد مكانه بدقة وخزة الأبرة ، ولكن على الأكثر تقول « اشعر بالم فى هذا المكان من البطن » وخاصة أخرى من خصائص الالم العميق هى فى تجاور اماكن استقباله الأولية فى خلايا الجهاز العصبى الموجودة فى النخاع الشوكى مما يجعلك تشعر بالم المعدة والمرارة مثلا فى مكان فم المعدة ، أو أعلى البطن ، والم الامعاء الدقيقة فى مكان حول السرة ، والم القولون أو المصران الأعور تحت السرة أو فى المكان السفلى من البطن وهكذا . . ولذلك فأنك عندما تساعد طبيبك بذكر المكان الذى تشعر فيه بالالم بقدر استطاعتك . . فان ذلك يساعده على تحديد مكان العضو المصاب وبناء عليه فإنه يطلب منك إجراء فحص بالأشعة على المعدة مثلا أو المرارة أو الامعاء حسب ما يستنتجه من نوع الالم ومكانه بعد فحصه لك . .

● الغشاء البريتونى

والم البطن الحاد :

وهناك نوع آخر من الآلام - وهو الم البطن الحاد - فان حدث التهاب حاد فى عضو من الأعضاء التى يحتويها التجويف البطنى فان الغشاء البريتونى الذى يغطيه او المجاور له يشارك أيضا فى هذا الالتهاب . . وحيث ان نهايات الاعصاب الموجودة فى هذا الغشاء تتشابه فى كثرة عددها وفى إتصالها المباشر لاماكن الاحساس فى المخ مع ما هو موجود فى نسيج الجلد ، فان الاحساس بالالم فى هذه الحالات يكون دقيقا ويتميز

بذلك في كونه نوع من أنواع « الألم السطحي » وليس « الألم العميق »
وله نفس خصائص الألم السطحي .

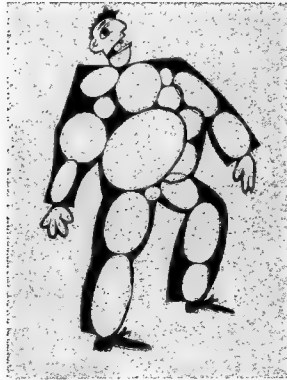
ولعل اقرب مثال هو التهاب الزائدة الدودية الحاد (المصمران
الاعور) فانك في مثل هذه الحالة تشعر بان الألم يتركز في مكان معين هو
اسفل البطن من الناحية اليمنى . . وعندما يقوم الطبيب بالضغط بيده
على مكان الزائدة الدودية فانك تحس بالألم بدرجة أكثر شدة وأكثر
تحديدا .

.....
وكان الغشاء البريتوني في حالات ألم البطن الحاد مثله لتجويف
البطن مثل الجلد لجسمك ، وينقل لك الاحساس المرفف بما يحدث في
البيئة من حولك .



● الفصل الخامس ●

هل تشكو . . من الغازات والانتفاخ ؟



- كيف تتكون الغازات ؟
- بلع الهواء . . هوائية ضارة
- هذه الأطعمة تسبب الانتفاخ

انت تشكو لطبيبك من كثرة الغازات والانتفاخ .
وتشرح له انك تتردد بكثرة على دورة المياه في محاولات
يائسة للتخلص من هذه الارياح التى لا تفارك . وانك
دائم التجشؤ (او التكريع) لعل وعسى ان تطرد هذه
الغازات التى تسبب لك مضايقة شديدة تنغص عليك
حياتك . . وهذا فى الواقع عرض من اعراض سوء
الهضم الشائعة والتى يعانى منها الكثيرون .
ولكن فى المقام الاول يجب ان نعلم كيف تتكون هذه
الغازات وما هو مصدرها . وقد لا ندري اننا قد نكون
السبب فى كثرة هذه الغازات ، وبذلك نضايق انفسنا
بانفسنا ! ونتسبب فى انتفاخنا بدون سبب وبدون
داع . .

● بلع الهواء : هواية ضارة :

كل انسان منا يمارس حركات عضلية روتينية بطريقة آلية او بدون تفكير . . وهذا شئ طبيعي للغاية . والامثلة على ذلك كثيرة : فانت تتنفس وتتغاضب وتغمض عينيك وتفتحها آلاف المرات فى اليوم . وانت ايضا تقوم بعملية البلع وتكررها بدون ان تثير انتباهك ، ليس فقط لبلع لعباك ولكن ايضا اثناء تناولك لطعامك وشرابك . وهذا هو أول مصدر من المصادر الرئيسية للغازات - حيث انه من الطبيعى تماما ان تبتلع ايضا كمية من الهواء الجوى تدخل الى المعدة ثم الى الامعاء . وهذا الهواء الذى ابتلعتة لا يتسبب فى اى ضيق إلا اذا زاد عن حدوده الطبيعية ، لان جسمك يتخلص من الهواء المبلوع بامتصاصه او طرده من البراز .

ولكن اذا تحول الانسان الى بالع للهواء . . فانه بذلك يمارس هواية ضارة للغاية وينقلب بذلك حاله من شخص سليم الى آخر مريض . وهذا ما يراه الطبيب فى كثير من مرضى القلق النفسى والتوتر العصبى ، ويلاحظ الطبيب ان هؤلاء المرضى عادة يلتهمون الطعام ولا ياكلونه بالإضافة الى عدم انتظامهم او التزامهم المعقول بمواعيد الطعام . واغلبهم من المدخنين الشرهين . ومما هو معروف ان مع كل سيجارة تدخن تزداد كمية الهواء المبلوع ! وتسوء حالتهم عندما يكثرون من التجشؤ (او التكريع) وهم تحت وهم انهم بذلك يتخلصون من الهواء الزائد الموجود بالمعدة . .

والواقع هو عكس ذلك تماما . فالكمية التى يتخلصون منها وتعطيهم الاحساس الوقتى الكاذب بالراحة . يتلوها مباشرة ارتخاء فى عضلات المعدة وكأنها كرة من المطاط تم ضغطها بقبضة يد ثم تركت فجأة - لتشفط المعدة كمية من الهواء الخارجى اكبر كثيرا مما تم اخراجه بالتجشؤ مما يؤدى الى مزيد من الهواء المبتلع ومزيد من الانتفاخ . أى ان هؤلاء المرضى هم ضحايا هواية ضارة يمارسونها بكفاءة

ونشاط زائدين فهم بالعو الهواء ! . . . وعلاجهم هو علاج حالة القلق النفسى والتوتر التى يعانون منها ، وطمانتهم ان مرضهم ليس من أمراض الهضم اطلاقا . . . وارشادهم لاتباع العادات الصحية السليمة . . .

● أظعمة تسبب الانتفاخ ،

أما المصدر الرئيسى الثانى للغازات فهو ما أكلت وما شربت انت بنفسك . . . فهناك أظعمة وماكولات صعبة الهضم نسبيا . وعندما تصل بقايا هذه الاظعمة الى القولون فانها تجد به جراثيم غير ضارة موجودة بشكل طبيعى فى كل انسان . وهذا هو أحسن وسط لتوالد هذه الجراثيم التى تنشط وتتفاعل مع بقايا هذه الاظعمة ، ويكون ناتج هذا التفاعل غازات من نوع آخر تتميز بالرائحة الكريهة .

ولقد اثبت التحليل الطبيعى (التحليل الكروماتوجرافى) على عينة مأخوذة من الغازات التى تخرج من المستقيم . . . انها تحتوى على غاز النتروجين بنسبة تصل من ٢٠ - ٦٠٪ (وهذا الغاز موجود فى الهواء الجوى الذى نتنفسه جميعا) وهذه النسبة تمثل كمية الهواء المبلوع اى تمثل المصدر الاول من مصادر الغازات .

وهو غاز ليست له رائحة . اما النسبة المتبقية فانها تتكون من غاز ثانى اكسيد الكربون والهيدروجين والميثين (ذى الرائحة الكريهة) مع مركبات عضوية اخرى . وهذه الغازات هى نتيجة للمصدر الثانى اى من تفاعل الجراثيم مع بقايا الطعام .

ومن الأظعمة الصعبة الهضم نجد ان البقول (مثل المدمس والطعمية والعدس والفاصوليا واللوبيا) هى ذات اهمية خاصة فى هذا المجال حيث تحتوى على بعض النشويات الصعبة الهضم ، وتماثلها فى ذلك بعض الخضروات مثل الكرنب والقرنبيط . . . ويتسبب ايضا الاكثار من الدهون فى الاصابة بالانتفاخ بطريقة مختلفة تماما . فان من

خصائص الاطعمة الدهنية انها تمكث في المعدة لفترة طويلة وتتسبب في ببطء عملية الهضم . وبذلك يمكث ما ابتلعناه من هواء في المعدة لمدة اكثر . وهذا هو السبب في كثرة الانتفاخ والاحساس بالامتلاء ان زادت الاطعمة الدهنية عن الكمية المقبولة ، ويفسر ما تشعر به من امتلاء بعد كل وجبة كباب شهية .

وهذا هو العامل الثانى الرئيسى في كثرة الانتفاخ والغازات . ويتضح ايضا ان علاجه لن يكون اطلاقا بالعقاقير وادوية الهضم ولكن بعدم الامتلاء وبتنوع مصادر الطعام قدر المستطاع حتى لا تتكون اساسا من البقول والدهنيات . ولا شك ان دور الطبيب في علاج الانتفاخ هلم للغاية . فبعد استبعاده للأسباب المرضية او العضوية لكثرة الغازات . . فإن عليه ان يشرح لمريضه سبب شكواه وكسب ثقته واقناعه بالمشاركة الفعالة لعلاج هذا العرض المزمن من اعراض سوء الهضم .

* * * *



● الفصل السادس ●

هل تشكو ..



من الغثيان والقيء ؟

- الجهاز العصبي .. هو السبب !
- أمراض كثيرة تصاحب القيء
- أمراض مختلفة تسبب القيء ..
- برد المعدة ليس هو السبب ..

من منا لم يشعر ولو مرة واحدة في حياته بالغثيان (الغممان) وهو الاحساس الذى يسبق القيء
منا من تقيا فعلا بعد هذا الشعور بالغثيان . وهذا شيء يحدث لكثير من الأشخاص عندما يواجهون برائحة كريهة مثلا أو بموقف إنفعالى مفاجيء يؤدى بهم الى الغثيان أو القيء أو كليهما ، ولكن هذا ليس قطعا عرضا من أعراض سوء الهضم ولا يشير الى مرض من أمراض الجهاز الهضمى . وإنما يمثل حالة وقتية لسبب وقتى تزول بانتفاء السبب الذى أدى اليها .

ولكن ما يعنينا من هذا المثل هو الوصول للتفسير العلمى الذى يؤدى الى الغثيان والقيء مهما كان السبب وراء ذلك . والاسباب هنا كثيرة للغاية سواء كانت سببا عارضا أو كانت مؤشرا الى مرض من أمراض الجهاز الهضمى أو لمرض أعضاء أخرى من أجهزة الجسم المختلفة .

● الجهاز العصبي سبب القيء :

مما لا شك فيه ان عملية الغثيان والقيء ليس لها علاقة مباشرة بالجهاز الهضمي . ولكنك في الواقع تتقيأ بجهازك العصبي او بمخك ! ! ! .

فلقد ثبت علميا وجود مركز للغثيان وآخر للقيء في المخ ، وبدون ان يتم إثارتها ، فإنه يستحيل عليك ان تشعر بالغثيان او ان تتقيأ . وهذان المركزان على علاقة وثيقة ببعضهما البعض ، ويكمل أحدهما عمل الآخر . ولذلك ففي اغلب الأحوال نرى ان الغثيان والقيء هما عرضان متلازمان . اما دور المعدة فهو دور المنفذ الذى يستجيب لأوامر هذه المراكز المخية . وذلك بان تنقبض عضلاتها مع عضلات البطن بطريقة فجائية ، وتنفث في نفس الوقت العضلة التى تغلق فتحة المريء عند إتصاله بالمعدة (فتحة البواب) فتقذف ما بداخل المعدة الى الخارج .

● أعراض كثيرة تصاحب القيء :

وحيث ان الجهاز العصبي هو السبب في الغثيان والقيء ، فإن كثيرا من الأعراض المصاحبة هي دليل تهيج الجهاز العصبي ، ولا تمت الى الجهاز الهضمي بآية صلة . ومن ذلك :

كثرة إفراز اللعاب .

الشحوب والاصفرار .

العرق البارد .

بطء في دقات القلب .

هبوط في ضغط الدم .

إغماء مفاجيء وقتي .

فلا داعى للانزعاج إن حدث كل او بعض هذه الأعراض مع نوبة

من نوبات القيء . فكل ما يحدث هو أعراض وقتية نتيجة لتهيج مراكز المخ المختلفة التي ترسل ومضات كهربائية الى نهايات الأعصاب التي تتصل بالغدد اللعابية وبالشعيرات الدموية والقلب وينتج عنها هذه الأعراض المصاحبة .

● أمراض كثيرة

تسبب القيء :

مما سبق يتضح أن الغثيان أو القيء قد يحدث لأسباب عدة ، ولا يتم إلا عن طريق المخ . والمعدة ما هي إلا وسيلة للتعبير عما بالجسم من خلل . فلا غرابة إذن إن تعددت الأمراض في أعضاء الجسم المختلفة ، ويكون أحد مظاهرها هو القيء . ونعني بذلك أن مرض الجهاز الهضمي هو واحد فقط من أسباب كثيرة للقيء . وهذا سرد لبعض (وليس كل) مسببات القيء :

* الحميات المختلفة سواء تسببت من الجراثيم أو الفيروسات :
الحمى التيفودية ، التهاب الكبد الوبائي - التهاب السحائي . . الخ .

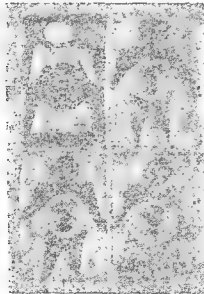
* التهابات الحادة التي تحدث داخل التجويف البطني : التهاب الزائدة الدودية أو الحوصلة المرارية ، والتهاب الغشاء البريتوني الحاد أو البكرياس .

* ضيق أو انسداد في القناة الهضمية في أى مكان بها ، من المريء الى المعدة ، أو في الأمعاء الدقيقة ، أو القولون .

* أورام أو أمراض بالمخ أو في بعض الأجهزة الموجودة في داخل تجويف الدماغ : مثل اضطراب في الأذن الداخلية ويصاحب القيء حالة دوران شديد ، أو مثل ارتفاع ضغط العين . ويشكو المريض عندئذ بصداع حاد بجوار العين المصابة .

● برد المعدة لا يسبب القيء :

وهنا أتوجه برجاء لكل مريض من مرضى الغثيان والقيء المتكرر :
توجه لاستشارة طبيبك . فهو وحده المؤهل لمعرفة سبب شكواك من بين
عشرات الأسباب ، ومما لا شك فيه أنك لا تعاني من « برد في المعدة »
كما تظن . . فليس هناك في الطب مرض بهذا الاسم إطلاقا . ولذا تبرد
المعدة بالذات دون سائر أعضاء التجويف البطني المختلفة ، وهي
المحاطة بكل هذه الأنسجة والعضلات والأغشية ؟ حذار من هذا
التشخيص الخاطئ . ولا توهم نفسك بهذه الخدعة التي تؤدي الى
تأخرك في طلب العلاج والشفاء . . فليس هناك ما يسمى طبيا « ببرد
المعدة » !



● الفصل السابع ●

هل تشكو من :

الحموضة والحرقان

- البطارية الجافة والمعدة والحامض . .
- فتق الحجاب الحاجز ليس سبب الحموضة
- العلاج الجراحي لفتق الحجاب الحاجز . .

قل لي ماهو مفهومك للحموضة أو الحرقان وانا
أخبرك إن كنت مصابا فعلا بالحموضة ام لا :

● هل تحس بحرقه شديدة في منطقة فم المعدة او في
اسفل الصدر من الامام؟

● هل هذه الحرقه الشديدة معاتلة للثشعر به وكان
الجلد قد أصيب بحرق او تعرض لأشعة الشمس فترة
الصيف وانت على البحر ؟

● وهل يصاحب هذا الاحساس - في بعض
الاحيان - إرتجاع لسائل المعدة أو محتوياتها إلى
تجويف الفم خصوصا عند النوم مساء بعد وجبة عشاء
دسمة أو عند الانحناء لالتقاط شيء من الأرض أو عند
السجود للصلاة ؟

هذه هي الحموضة بمعناها الحقيقي كعرض هام من
اعراض سوء الهضم . وان أزممت أو تكررت فانها
تعنى للطبيب حالة غير طبيعية وشكوى هامة ،
لا يمكن إهمالها أو إغفالها . . لأن الأمر الطبيعى هو
أن لا يشعر الإنسان بحموضة إطلاقا مع كل مانعرفه
عن تركيز حمضى شديد في سائل المعدة .

لذلك فلن علينا أولا أن نفهم الصفة التشريحية
والفسيولوجية للقناة الهضمية التى تقى الجسم من
تأثير سائل المعدة الحمضى . ليسهل علينا بعد ذلك
شرح الاسباب المرضية التى تؤدى الى الحموضة
والحرقان .

● لماذا لا نعالى من الحموضة ؟

إن ما نبتلعه من طعام أو شراب يصل الى داخل المعدة عن طريق قناة طويلة نطلق عليها اسم المريء وجدران هذه القناة مكونة من عضلات قوية تنقبض وتترأخى فى موجات متلاحقة تبدأ مع بداية المريء عند اتصاله بالبلعوم وتنتهى مع نهاية المريء (وطوله ٣٥ - ٤٠ سم) عند نهايته أو مصبه فى المعدة .

وهذه الموجات المتلاحقة من الانقباضات هى التى تسمح بإنزلاق الطعام إلى أسفل المريء فى اتجاه المعدة - وليس فى الاتجاه العكسى . وما أن يصل ما ابتلعناه إلى نهاية المريء فإنه يواجه بعضلة أخرى قوية تتحكم فى الفتحة الموجودة بين أسفل المريء وفتحة المعدة . وهذه العضلة دائرية وتكون فى حالة إنقباض دائم ولا تتراخى إلا بصفة مؤقتة لتسمح بمرور الطعام والشراب من المريء الى المعدة بنظام وتوقيت دقيق تماما مثلما يحدث عند دخولنا من باب ضيق الى غرفة فسيحة مثلا . فأننا لا نستطيع الدخول إلا واحدا تلو الآخر .

وهذه العضلة وإنقباضها تخلق فوهة المعدة بإحكام فلا يستطيع سائل المعدة الحمضى أن يتدفق خارجها فى الاتجاه العكسى - أى إلى المريء . وهذه العضلة نطلق عليها اسم العضلة الفؤادية (أو القلبية) وذلك لقربها من الفؤاد (القلب) وواضح أنها ليست لها علاقة بالقلب إطلاقا .

ولقد قام العلماء بدراسة خصائص هذه العضلة الفؤادية وقاموا بقياس الضغط فى الجزء السفلى من قناة المريء وفى داخل المعدة . وثبت من هذه الدراسات أن العضلة الفؤادية تكون فى حالة انقباض مستمر نتيجة لنشاط الجهاز العصبى اللا إدارى الذى يتحكم فيها . ويتسبب ذلك فى ارتفاع منسوب الضغط أسفل أنبوب المريء عن منسوبه داخل تجويف المعدة . وهكذا لا يستطيع سائل المعدة الحمضى الانسياب بطريقة عكسية - أى من المعدة الى المريء .

وهذا هو السبب الرئيسى فى وقايتنا من الاحساس بالحموضة

● البطارية الجافة

والمعدة والحامض :

وما دامت عضلات المريء وعضلة الفتحة الفؤادية سليمتين . فانه يستحيل علينا الشعور بالحموضة .

ولكن إذا تراخت هذه الانقباضات العضلية وضعفت . فان سائل المعدة الحمضى تتاح له الفرصة الذهبية لكى ينساب من إناء المعدة المحكم إلى خارجها . او بعبارة علمية يتدفق السائل من منسوب الضغط الأعلى الى منسوب الضغط الأقل .

وهو الجزء الأسفل فى هذه الحالة من قناة المريء . وحيث أن الغشاء المخاطى المبطن لأسفل المريء غير مهيا لاستقبال الأحماض ، فانه يتآكل ويتهتك . تماما مثلما نرى فى البطارية الجافة مادة مملحة على قطبها وتآكلت فى الغلاف المعدنى الرقيق المحيط بها إذا تسربت المادة الكيميائية الحمضية الموجودة بداخلها الى خارجها .

● فتق الحجاب الحاجز

ليس سبب الحموضة :

إن الحجاب الحاجز لا يتدخل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة فى الاحساس بالحموضة أو بالحرقان . ولكن السبب الحقيقى هو ضعف إنقباضات المريء وعضلته الفؤادية .

ما هو إذن فتق الحجاب الحاجز ؟ وهل هو مرض يحتاج الى تدخل جراحى لعلاج ؟

وهناك مرضى كثيرون قيل لهم بحق انهم مصابون بفتق الحجاب الحاجز وأن مايشكون منه من حموضة وإرتجاع لسائل المعدة والطعام

سببه فتق الحجاب الحاجز ، ويطلب منهم الطبيب إجراء جراحة
'صلاح هذا الفتق' . وهذا في الحقيقة هو وسيلتهم الوحيدة للعلاج
الشفاء .

● ماهو إذن هذا الحجاب الحاجز وكيف نصلب بفتق به ؟
وماعلاقة ذلك بالحموضة ؟

والحقيقة أن الحجاب الحاجز كما هو واضح من إسمه هو عضلة
وية مسطحة تقف حاجزا فاصلا ملين تجويف الصدر وتجويف
لبطن ؛ وكأنه جدار أو سقف يفصل بين غرفتين . وتوجد به فجوة
ستديرة يمر منها المريء (ويقع كله في تجويف الصدر) إلى اتصاله
بداية المعدة (والمعدة توجد في تجويف البطن) . ولكن إذا اتسعت
ذه الفجوة عن الحجم الطبيعي فإن هذا يسمح لجزء من المعدة
الانزلاق إلى أعلى ، ونجد بذلك أن الجزء العلوى من المعدة يوجد في
لتجويف الصدرى ، وليس في تجويف البطن كما هو الحال في الوضع
طبيعى .

ولا يستطيع الطبيب ان يدرك ذلك إلا بعد ان يطلب من مريضه
جراة فحص باشعة الباريوم للمريء والمعدة . وطبيب الاشعة يصف
لنا فتق الحجاب الحاجز وحجمه ويؤكد لنا وجود جزء من المعدة في
تجويف الصدر أو بمعنى اناق أعلى الجدار أو الحجاب الحاجز .
ووجود هذا الفتق وخصوصا إذا كلف صغير الحجم ؛ لا يؤدي الى
ى حالة مرضية وهو كثير الحدوث لدرجة أن من المعروف طبيا وجوده
60% من الأشخاص فوق سن الستين ؛ وهذا يدل على إزدىاد نسبة
الفتق مع كبر السن !

وهذا في حد ذاته ليس مرضا ولا يحتاج لعلاج أو تدخل جراحى
قد يكون موجودا عند كثير منا دون أن ندري !
ولكن إذا صاحب هذا الفتق إحساس بالحموضة المتكررة كما ذكرنا
ن قبل ، فإنه يعنى ضعف عضلات وإنقباضات المريء والعضلة

الفؤادية وهنا يُحتاج المريض للعلاج سواء كان بالأدوية او بالجراحة : لمنع ارتجاع سائل المعدة إلى المريء ، وهنا يطلب الطبيب من مريضه اجراء فحص للمريء بأشعة الباريوم ويثبت من هذا الفحص وجود ارتجاع لسائل المعدة الى اسفل المريء أى أن المرض الأساسى هو ضعف العضلة الفؤادية سواء صاحب ذلك فتق بالحجاب الحاجز ام لا . فالفتق ليس هو السبب المباشر في ضعف عضلات المريء وبالتالي فإن العلاج يتركز اسلسا على اصلاح ضعف العضلة الفؤادية وضعف انقباضات المريء .
وهذا لايتحقق إلا باتباع الارشادات الآتية :

١ - إنقاص الوزن :

فإن السمنة الزائدة والبدانة وخصوصا إذا تركزت السمنة في جدار البطن تؤدى الى إزدياد الضغط داخل التجويف البطنى عنه في اسفل المريء : وهذا ما يسمح بارتجاع سائل المعدة إلى المريء .

٢ - تجنب الإفراط في التدخين :

وشرب القهوة والمشروبات الكحولية والوجبات الدسمة . . كلها تؤدى إلى اضطراب الانقباضات العضلية الطبيعية التى تقينا من الحموضة .

٣ - عدم استعمال بعض العقاقير والأدوية :

مثل الاسبرين وأدوية الروماتزم التى تضعف مقاومة الغشاء المخاطي لتأثير إفراز المعدة الحمضى .

• العلاج الجراحى

افتق الحجاب الحاجز

لاطلب من المريض اجراء جراحة لاصلاح فتق الحجاب الحاجز إلا في حالتين لا ثالث لهما :

١- كبر حجم الفتق لدرجة يتسبب عنها اختناق به . وهو في ذلك



لا يختلف عن أى فتق آخر موجود فى أجزاء أخرى بالجسم مثل الفتق
السرى مثلا .

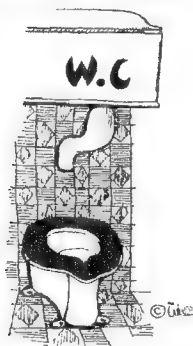
ولكن فى بعض الأحيان يتراكم الطعام وبقاياها فى الجزء من المعدة
الموجود داخل تجويف الصدر ؛ مما يؤدى الى أن يضغط على المريء
ذاته مؤديا إلى صعوبة البلع .

٢- ضغط إنقباضات المريء والعضلة الفؤادية مع وجود فتق
بالحجاب الحاجز - وهنا يجرى الطبيب جراحة لارتجاع المعدة الى
مكانها الطبيعى فى تجويف البطن ؛ مع إصلاح العضلة الفؤادية
وتقويتها لتقوم بعملها الاساسى فى منع ارتجاع سائل المعدة الى المريء.

• الفصل الثامن •

لماذا ..

الامساك والاسهال



* القولون ليس سلة مهملات ..

* وهكذا يحدث الاسهال ..

* كيف يحدث الامساك ؟

* من يأكل معى الخبز الأسمر ؟

لا يشعر الأصحاء منا إطلاقاً بالدور الهام الذى يلعبه القولون فى حياته . ولكن غالبية مرضى سوء الهضم يعانون بمرارة من قصة القولون أو المصران الغليظ . . .
فهى أكثر امراض العصر انتشاراً وذبوعاً .
وليس هناك مرض من امراض البطن إلا وكان المصران هو أول من يتهمة المرضى بأنه السبب وراء كل متاعبهم

وإلى ان يثبت ذلك او ينتفى . . . كان على الطبيب المعالج ان يبحث بدقة شديدة عندما يشكو له مريضه من عرض الإمساك أو الاسهال أو كليهما ، وعن علاقة ذلك بسائر اعراض سوء الهضم الأخرى التى سبق ذكرها ، من الألم بالبطن أو الانتفاخ . . الخ حتى يصل إلى التشخيص السليم .

ويختلف الناس إختلافاً واضحاً فى طبائعهم وعاداتهم التى تعيز كل فرد منا عن غيره وهذا ينطبق تماماً بالنسبة لطبيعة الأشخاص فى عملية التبرز .
فهنالك من يتبرز مرة واحدة كل يومين أو ثلاثة ، وآخر قد يتبرز مرتين أو أكثر فى اليوم الواحد . وهذه طبائع خاصة لأشخاص أصحاء تماماً . ولكن إن حدث إختلاف فى نظام التبرز الذى تعود عليه وإعتاده شخص ما ، وزاد عدد مرات التبرز فإنه عندئذ مصاب بالأسهال .
أما إذا لاحظ العكس ونقص إحساسه بالرغبة فى التبرز فإنه يشكو من الإمساك ، ويجب على المريض فى هذه الحالة ملاحظة :

- * التغيير في عدد مرات التبرز في اليوم .
- * شكل وقوام البراز وتماسكه .
- * هل هناك مادة مخاطية أو دموية مصاحبة لخروج البراز .
- * هل شعر بتخلصه من كل محتويات القولون بعد التبرز أم ما زال يشعر بالامتلاء وعدم الراحة .

* القولون ليس سلة مهملات :

والقولون (المصران الغليظ) هو آخر جزء من اجزاء القناة الهضمية التي تنتهى عند فتحة الشرج . وهو الذى يستقبل فضلات الطعام المتبقية بعد اتمام عملية الهضم وامتصاص المواد الغذائية في الأمعاء الدقيقة . ونطلق على القولون إسم المصران الغليظ لتفرقة عن الأمعاء الدقيقة ، حيث انه أغلظ منها في الحجم ولكنه أقصر منها في الطول (طول الأمعاء الدقيقة ستة امتار وطول القولون متر ونصف فقط) . وهذا الوصف التشريحي للقولون قد يوحي بأنه ليس أكثر من سلة للمهملات ، يلقي فيها الجسم ببقايا الطعام الى أن يتم طردها للخارج اثناء عملية التبرز . وهذا تبسيط ساذج للغاية لدور القولون في الجسم . لأن القولون في الواقع يقوم بدور حيوى نشيط ، لكى يحول فضلات الطعام إلى مادة برازية لا يزيد وزنها عن ٢٠٠ - ٣٠٠ جرام ولكى ندرك أهمية القولون في هذا المجال يجب أن نعرف الحقائق التالية :

- * تستقبل الأمعاء الدقيقة في كل يوم حوالى ٩ لترات من السوائل تمثل المواد الغذائية التي تم هضمها جزئيا في المعدة بالإضافة الى إفراز الغدد الهضمية الموجودة في جدار الأمعاء الدقيقة ذاتها وإفراز غدة البنكرياس وسائل الصفراء . وتقوم بامتصاص حوالى ٧,٥ لتر منها .
- * ولا يتبقى بذلك للقولون غير حوالى لتر ونصف فقط من بقايا الطعام التي تتكون من الألياف النباتية ومادة السليولوز التي لم تهضم

وبعض المعادن مثل الكالسيوم والفوسفات ومواد عضوية مثل الدهنيات ومواد مخاطية وخلايا الغشاء المخاطي التي تحللت .
* وهناك نسبة كبيرة من الجراثيم التي تتواجد في القولون بطريقة طبيعية تخرج مع البراز وتكون ٣٠٪ من مادة البراز الصلبة .
* وحيث أن كمية البراز اليومية هي حوالى ٢٠٠ جرام فقط فإن هذا يعنى أن عملية الامتصاص في القولون هامة للغاية وخصوصا بالنسبة لامتنصاص الماء والأملاح الذائبة مثل الصوديوم والفيتامينات .

*** وهكذا يحدث الاسهال :**

* إذا تجمعت بالأمعاء (الدقيقة أو الغليظة) كمية من السوائل بما فيها من أملاح ذائبة أكثر من قدرة الأمعاء على إمتصاصها فإن هذا يتسبب في الاسهال. مهما كان المرض الذى أدى إلى ذلك مثلا :
* كثير من الحالات الحادة التى تؤدى الى فشل الامتنصاص سببها الجراثيم والفيروسات (مثل جرثومة الكوليرا والجراثيم السبجية أو العنقودية) وتؤدى هذه الميكروبات إلى اصابة خلايا الغشاء المخاطي بالفشل فلا تستطيع القيام بوظيفتها الحيوية .
* وفي منطقتنا يجب التركيز على الطفيليات التى تتسبب في أن يزمن الاسهال أو يتكرر مثل الاصابة بالدوسنتاريا الأميبية أو بمرض البلهارسيا القولونية .

* أمراض نقص إفراز غدد الهضم تتسبب أيضا في الاسهال المزمن مثل مرض غدة البنكرياس أو نقص إفراز غدد الأمعاء الدقيقة . وفي مثل هذه الحالات يصاب المرضى بالهزال وسوء التغذية وفقر الدم الناتج عن عدم قدرة المريض من الاستفادة من المواد الغذائية التى يأكلها .
* والمجموعة الرئيسية الأخرى المسببة للاسهال المزمن هي أمراض التهاب القولون التقرحى أو مرض (كرون) وكلاهما من الأمراض التى لم يتضح للآن العامل المسبب لها .

* وكيف يحدث الإمساك :

لاشك أن السبب الأساسي في شكوى الكثيرين من الإمساك هو مجموعة من العوامل البيئية والعادات الصحية الضارة التي إن اجتمعت تسببت في مرض العصر أى القولون العصبي وأهم أعراضه هي الإمساك والمعاناة لدرجة الاجهاد عند التبرز وعدم القدرة على طرد محتويات القولون مهما كثر تردد المريض على دورة المياه وأهم هذه الأسباب :

— نقص الألياف في الطعام وأهم مصادرها الخبز الأسمر (الذى يحتوى على الردة) والنباتات الطازجة مثل الخيار والخس والجرجير .
— نقص الرياضة وقلة الحركة ولو حتى رياضة بسيطة مثل رياضة المشى .

— عدم انتظام مواعيد الطعام ومواعيد محددة أو مريحة لزيارة دورة المياه . وهذا ناتج عن الحياة العصرية الحديثة وإيقاعها السريع مع إنشغال الفكر والذهن فوق الطلقة مما يتسبب في الإرهاق غير الطبيعى .

* والعلاج :

من يأكل معى الخبز الأسمر :

علينا جميعا بالاعتماد على الألياف في طعامنا . والخبز البلدى الذى تكثر فيه الردة هو أهم علاج . وتوجد في الصيدليات الآن هذه الردة على شكل حبوب يصفها الطبيب لمرضى المسكين . . وحذار من المليات التى ما هى الا علاج وقتى لحالة طارئة وإذا ادمن مريض الإمساك استعمالها فإنه مع مرور الوقت لن يفيد وسيطلب منها المزيد وبدون فائدة . . مع التركيز على إتباع العادات الاجتماعية السليمة في الحياة اليومية والا فان المصران الغليظ سينفص على المريض حياته ولن يفيد طب أو أطباء .

● الجزء الثانى ●

● الفصل التاسع :

عضر المناظير الضوئية

● الفصل العاشر :

الدم الأسود . .

ونزيف الجهاز الهضمى الحاد . .

• الفصل التاسع •

عطر المناظير الضوئية

* المصباح الكهربى والألياف الضوئية

* لا تخش الفحص بالمنظار . .

* لماذا نحتاج للفحص بالمنظار؟

* أمراض الجهاز الهضمى من خلال المنظار



منذ نهاية الستينات ونحن نعيش عصرا جديدا هو
« عصر المناظير الضوئية » واستعمالاتها المختلفة في
تشخيص وعلاج امراض الجهاز الهضمي . وبفضل
تطبيق تكنولوجيا الالياف الضوئية امكن ابتكار الأنواع
العديدة من المناظير لتصبح بذلك الاداة الحديثة التي
يستخدمها الطبيب لرؤية ما بداخل الجهاز الهضمي من
امراض خلال الضوء القوي الذي ينبعث منها . ولذلك
فان كثيرا من العلماء يعتبرون اختراع المنظار ذى
الالياف الضوئية هو ثورة حديثة قلبت الأوضاع
والموازين ، ولا يعادلها في ذلك الا الثورة التى ظهرت
باختراع الأشعة (والذى تم فى القرن التاسع عشر
بواسطة العالم الألماني رونتجين) . ومنذ اختراع
الأشعة لم يكن فى إستطاعة الأطباء استخدام وسيلة
أخرى غيرها لرؤية ما بداخل الجهاز الهضمي ، إلى أن
ظهر عصر المنظار الذى اتاح طريقة أخرى للرؤية بالعين
المجردة وبطريقة مباشرة لم تكن متاحة أبدا من قبل .

* المصباح الكهربى والالياف الضوئية :

إن ضوء المصباح الكهربى المثبت به طرقى سلك طويل متصل بمصدر للتيار الكهربى ، يتيح لنا الرؤية فى الظلام . وحيث أنه من المستحيل إدخال سلوك كهربية معدنية ومصباح داخل القناة الهضمية لانارتها ، فكان لابد من وسيلة أخرى لذلك . وهذه هى الميزة الكبرى للالياف الضوئية المصنوعة من الزجاج والتي تكون الجزء الأساسى من المنظار ، فهى الوسيلة المبتكرة للأضاءة داخل القناة الهضمية بدون اللجوء لاسلاك معدنية ومصابيح وكهارب .

وهذه الالياف تصنع على شكل اسلاك زجاجية طويلة غاية فى الدقة قطر الواحدة منها حوالى عشرة ميكرون فقط (الميكرون هو جزء من ألف من المليمتر) . أى أن المليمتر المربع الواحد منها به مائة من هذه الالياف الزجاجية الشفافة . وأن وضعناها بجانب بعضها البعض (كما نرى فى الاسلاك المعدنية) فانها تكون حزمة نطلق عليها اسم « الحزمة الضوئية » وهذه الدقة المتناهية فى صناعتها وحجمها تميزها بخاصية هامة أخرى وهى المرونة الزائدة ، مما يسمح لها بأن تقننى وتنحنى فى أى وضع نريده بدون أن تنهشم أو تنكسر . تماما كما نرى فى خصلة من الشعر الطويل مكونة من الخثات من شعرات طويلة بجانب بعضها البعض ، لا تفقد شكلها أو خواصها مهما إلتوت أو انثنت .

وكما تعكس المرايا ضوء الشمس الذى يسلط عليها ، فإن الالياف الزجاجية الطويلة التى يتكون منها المنظار تعكس أيضا ضوء مصباح كهربى يسلط على طرف الحزمة الضوئية العلوى لينعكس عليها عدة مرات ناقلا الضوء الى طرف المنظار السفلى . وبواسطة وحدة للتحكم بها عجلة دائرية يمسك بها الطبيب أثناء فحص مريضه بالمنظار فإنه يوجه الطرف السفلى للمنظار المضئ فى أى اتجاه يريده حسب ما يراه من انحناءات فى الاتجاهات المختلفة للقناة الهضمية . تماما كسائق السيارة الذى يمسك بعجلة القيادة أثناء سيره فى شارع مظلم يرى

ما أمامه في ضوء كشافات الإضاءة المثبتة في مقدمة سيارته .

*** الأجزاء المكملة**

للمنظار الضوئي :

وما سبق وصفه هو النظرية التي بنيت عليها فكرة المناظير ذات الألياف الضوئية وكيف استطاع العلم أن يكتشف الجهاز الهضمي . ولكن المنظار الضوئي والأجزاء المكملة له هو في الواقع جهاز دقيق ومعقد للغاية ويعتبر قمة في دقة الصناعة والابداع الهندسي . كذا فإن الأنواع العديدة من المناظير يتيح للطبيب تشخيص وعلاج المرضى تبعا للمكان المصاب من الجهاز الهضمي . وأهم مكونات المنظار والأدوات المكملة له هي :-

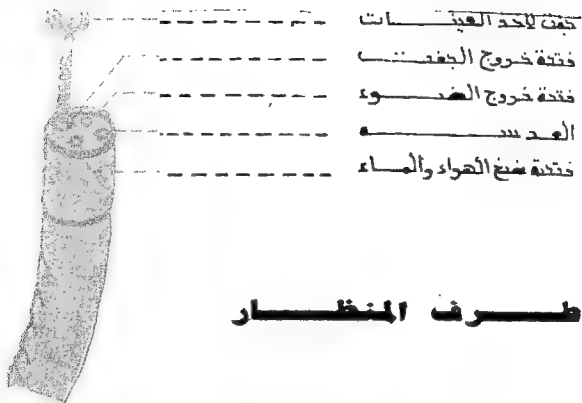
١ - قناة طويلة قطرها حوالي ٢ - ٣ ملمتر تمتد من رأس المنظار الى طرفه السفلي يمكن من خلالها ادخال القسطار والأبر والجفوت لأخذ العينات وحقن الدوائ وقطع الزوائد . . الخ مما سيأتى شرحه في مرحلة تالية .

٢ - علبة معدنية بها مصدر قوى للضوء يتصل بها المنظار . وبها أيضا مضخة تدفع بالهواء أو تيار من الماء لطرف المنظار السفلي يساعد في الرؤية وتنظيف عدسلته أثناء الفحص .

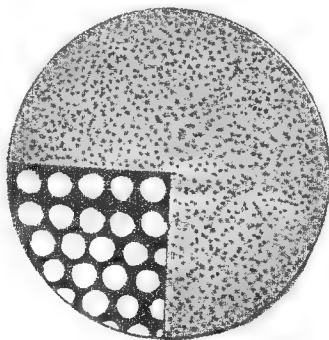
٣ - كاميرا لتصوير الحالة المرضية بالألوان أو للتسجيل على جهاز فيديو ، مما يتيح متابعة حالة المريض أو لاستعمالها في أغراض التدريب والتعليم لصغار الأطباء في المعاهد الطبية .

*** الأنواع المختلفة للمناظير :**

ولكل منظار من المناظير استخدام خاص حسب المكان الذي يريد الطبيب فحصه . ولهذا تعددت أنواعها وأشكالها وأطوالها وأهم أنواع المناظير هي :



طَرَفُ الْمَنْظَارِ



بداخل المنظار آلاف من الألياف الزجاجية
المعزولة الدقيقة لنقل الضوء إلى الجزء المراد
فحصه ، ولنقل صورة واضحة للطبيب عن هذا الجزء



إنمكاس الضوء
في إحدى الألياف الزجاجية



مروحة المنظف
ومسار التجميع
يكسبان مكان
الاصطفاء

* منظار القناة الهضمية العلوى - لفحص المريء والمعدة والأثنى عشر .

* منظار القناة الهضمية السفلى - لفحص القولون بأكمله بما فيه المستقيم والشرج .

* منظار القنوات المرارية وقناة البنكرياس - ويتم تصويرهما بجهاز الأشعة بعد الحقن بمادة ملونة .

* منظار تجويف البطن - لفحص الغشاء البريتونى ومحتوياته من أحشاء خاصة الكبد .

وهكذا أمكن فى عصر المناظير الضوئية أن ترى عين الطبيب وتصل يده الى كل عضو من أعضاء الجهاز الهضمى . وتحقق حلما بعيدا من أحلام الطب طال أنتظاره .

* لا تخش الفحص بالمنظار :

إن الانزعاج والقلق من شئ غريب نجعله هو تصرف إنسانى بحت . وهذا ما يشعر به المريض عندما يخبره الطبيب أنه يحتاج لإجراء فحص بالمنظار لتشخيص حالته . وهنا يتساءل المريض وعلى طبيبه أن يجيب :-

* هل أستطيع أن أتحمل إدخال منظار فى جسدى ؟

* نعم - لأن المنظار أنبوب رفيع أملس لين . ومغلف من الخارج بلبلاستيك وليس به أية نتؤات أو أجزاء صلبة قد تؤدى الى خدش أو قطع بالانسجة .

* وكيف لا أشعر أو اتقيأ عند دخول المنظار من فمى ؟ أنى لا أتحمل أن يلمس جلقى أى شئ ؟

* لا تخش من ذلك لأنى سأخدر الغشاء المخاطى للحلق بمادة كيميائية ترش بسهولة من بخاخة تجعلك لا تشعر عند ادخاله . كذا سأعطى طرف المنظار السفلى بمرهم خاص يسمح بانزلاق المنظار بسهولة .

* ولو . . أريد بنجا كليا . لا أريد أن أشعر بشيء على الإطلاق .
* لاداعى لذلك . . أن فحصى لك بالمنظار لن يستغرق وقتا طويلا .
وان صممت فانى لن أعطيك مخدرا ، ولكن حقنة مهدئة بالوريد ، لها
مفعول وقتى قصير تجعلك مسترخيا لدقائق وستنسى بعدها تماما ، ولن
تتذكر أنى قد أتممت فحصى .

* ولماذا كل هذا ؟ . . أنى عملت أشعة للمعدة ألم تبين لك كل
ما تريد أن تعرفه عن حالتى ؟

* الأشعة هامة ومفيدة ولكن هناك أشياء نراها بالمنظار لا تستطيع
الأشعة أن تظهرها . وهناك امراض كثيرة تظهر بوضوح فى الأشعة
ولكنى قد احتاج لأخذ عينة من الغشاء المخاطى للمعدة . . وهذا
ما لا يمكننى عمله بدون فحصك بالمنظار .

ومما لا شك فيه أن الخبرة والمران للطبيب المعالج والثقة المتبادلة
بينه وبين مريضه هما الأساس الأول فى طمأنه المريض وتعاونيه .
ولا ينطبق ذلك فقط على الفحص بالمنظار ولكن جوهر مهنة الطب بصفة
عامة - هو العلاقة الوثيقة بين الطبيب ومريضه فى كل مرحلة من مراحل
العلاج .

* لماذا نحتاج للفحص بالمنظار ؟

ولذلك لاداعى للقلق ولا تخش من المنظار للأسباب الرئيسية
الآتية :

١ - سهولة الفحص وعدم الشعور بأى ألم أو حدوث مضاعفات غير
متوقعة .

٢ - أهمية الفحص بالمنظار مقارنة بوسائل التشخيص الأخرى حيث
أنه يتيح تأكيدا لحالة المرضى قد يكون من المستحيل معرفتها بدونيه .

٣ - وإذا احتاج المريض لعملية جراحية فإن الجراح يطلب أيضا
أجراء فحص بالمنظار ليعلم بدقة متناهية مكان المرض ونوعه ولا يلجأ

كما يحدث في بعض الأحيان (كما كان الأمر في الماضي) لاجراء جراحة استكشافية مما يسهل عمله ويعود بالنفع على المريض .
٤ - استخدامات المنظار كطريقة للعلاج في بعض امراض الجهاز الهضمي وما يعنيه ذلك من طرق مستحدثة للمشفاء بكفاءة وسهولة لم يعرفها الطب من قبل .

* أمراض الجهاز الهضمي من خلال المنظار

إن المنهج الطبي لكشف أسرار مرض من الأمراض هو البحث العلمي عن أسبابه ودراسة أعراضه ومضاعفاته . وبالكشف الاكلينيكي على المريض نحدد نوع الأشعة أو الفحوص المعملية المطلوبة لتشخيص المرض ، ويتلو ذلك مرحلة العلاج سواء كانت علاجا دوائيا أو جراحيا . ولا تختلف أمراض الجهاز الهضمي في ذلك عن غيرها من الأمراض ، ولكن في عصر المناظير الضوئية ، وبعد أن أصبح كل جزء من أجزاء الجهاز الهضمي تحت الرؤية المباشرة لعين الطبيب ، فإن اعتمادنا عليها واحتياجنا لها يزداد يوما بعد يوم ، حيث أنها طريقة أكيدة ومباشرة لمعرفة المرض واكتشاف أسبابه ، وهذا ما يميزها عن الوسائل الأخرى التي عرفها الطب من قبل .

ولذلك رايت أن اتبع أسلوبا مختلفا تماما في شرح أمراض الجهاز الهضمي في هذا الجزء من الكتاب . وذلك بأن أشرك القارئ فيما يكتشفه الطبيب أثناء الفحص بالمنظار . ثم أذكر بعد ذلك أهم أمراض الجهاز الهضمي وأعراضها ووسائل علاجها . ولعل بذلك أكون قد أسهمت في تبسيط الحقائق الطبية الجافة للقارئ ، ونعيش معا في عصر الطب الحديث مع التركيز على كل ما هو جديد وهام في طرق التشخيص والعلاج .

● الفصل العاشر ●

الدم الأسود

ونزيف الجهاز الهضمي الحاد

- علاج سريع من الصدمة
- نصف كوب من الدم تكفى .
- أسباب النزيف من خلال المنظار
- دوائى المرئ بالمنظار
- المنظار والكى الضوئى والكهربى

الدم الأسود

ونزيف الجهاز الهضمي الحاد

ألو . . دكتور حالة نزيف هضمي حاد . . ونقلته
لغرفة الانعاش . نعم أعطيته لترين دم بالوريد . .
النبض كان ١٢٠ في الدقيقة والضغط ٧٠ / ١٠٠ شفت
المعدة ما زال به دم . . لا . . لم أجد ما آخر من فصيلة
المريض في بنك الدم . . نعم طلبت حضور بعض اقاربه
لفحص فصيلة دمهم ليتبرعوا بدم احتياطي إن احتجنا
اليه . . سابلخ الحكمة في قسم المناظير لتستعد عند
حضورك لعمل حقن لدوالي المريء .

● حالة طوارئ قصوى :

هذه قصة يومية متكررة - قصة نزيف الجهاز
الهضمي المفاجيء وهو اشد المضاعفات خطرا على حياة
المريض ، وينقلب قسم الانعاش بالمستشفى الى خلية
نحل من الاطباء والمساعدين والمرضات . . كلهم من
اجل إنقاذ المريض في هذه الحالة الحرجة . . إنها مسألة
حياة او موت ويجب إيقاف النزيف بأسرع وقت ممكن
وعلى فريق الاطباء وهيئة التمريض التعاون التام
والتنسيق فيما بينهم لسرعة وحسن التصرف وكلما
إزدادت الخبرة والكفاءة . . فإن النتائج تكون افضل .
ولهذا تجرى سلسلة من الخطوات الواحدة تلو الأخرى
لمريض النزيف وهى :

١ - علاج سريع من الصدمة :

● على الفور يجب إعطاء المريض لترأ ونصف لتر من الدم من نوع فصيلته . وإن لم يتواجد يستعاض عنها بالبلازما الى أن نبحث له بين اقربيه او معارفه عن فصيلة دم مشابهة ، والبحث في بنوك الدم المختلفة عن اى كمية إضافية قد يحتاجها المريض .

٢ - ملاحظة مستمرة للوظائف الحيوية للمريض :

● قيس لسرعة النبض والتنفس والضغط وملاحظة التغيرات التي تطرأ . إنها علامة هامة تعطى مؤشرا عن تطور حالة المريض .
● وضع أنبوبة « رايل » من فتحة الأنف تصل الى تجويف المعدة .
وهي أنبوبة رفيعة من البلاستيك يشفط من خلالها كميات الدم التي تجمعت في المعدة وعمل غسيل للمعدة . . وكل مريض يحتاج لهذه الأنبوبة حتى لو كان النزيف بسيطا . . لأنها الوسيلة الهامة لاكتشاف حالة النزيف إن حدث مرة أخرى . لأن الشفط في هذه الحالة سيظهر وجود الدم .

● عمل فحوص معملية اهمها تقدير نسبة الهيموجلوبين بالدم وتكرارها مرة كل ٢٤ ساعة . . وهذا يبين للطبيب درجة الانيميا او فقر الدم الذى تسبب عن النزيف .

٣ - فحص المريض بالمنظار الضوئى :

● ما أن تستقر الحالة العامة للمريض . . فإن فحص المريض بالمنظار يجب أن يتم خلال ٢٤ - ٣٦ ساعة من بداية النزيف :
● ليس هناك وسيلة أخرى غير المنظار لاكتشاف سبب النزيف الحاد . الأشعة قد تساعد ولكنها لا تؤكد مصدر النزيف .
● إن كان سبب النزيف دوالى المرئ فإنه يجب حقنها فورا عن طريق المنظار لايقاف النزيف وإن كان سببه شرياننا نازقا من قرحة

بالمعدة أو الاثنى عشر فيجب علاجه بالكى الكهربى عن طريق المنظار
(فى بعض الحالات) .

٤ - تحضير المريض لإجراء جراحة عاجلة :

● حسب الحالة العامة للمريض وحسب شدة النزيف وسببه كما
ظهر من فحص المنظار .

● يجب مشاركة الجراح فى تقييم الحالة .

● ثم إجراء جراحة عاجلة خاصة لاييقاف النزيف الشديد من قرحة
المعدة أو الاثنى عشر .

هذه هى قصة الأحداث وتلاحقها وتتابعها السريع للتعامل مع حالة
نزيف حاد من الجهاز الهضمى . ويأتى بعد ذلك أن نعرف الأسباب
والأمراض التى تؤدى لذلك وكيفية التشخيص والعلاج بالمنظار
ووسائل العلاج الأخرى .

● الدم الأسود هو نزيف هاد :

إذا وضعت فى كوب من الماء كمية من الدم واضفت إليها حامضاً . .
فإن ناتج تفاعل مادة الهيموجلوبين الموجودة فى كرات الدم الحمراء مع
الحامض هو مركب كيميائى إسمه « الهيماتين » وهو ذو لون بنى قاتم
لو اسود (مثل لون البن المطحون) . وهذا ما يحدث عندما ينزف
المريض من جهازه الهضمى العلوى حيث يتفاعل سائل المعدة الحامض
مع الدم مؤدياً الى قىء بنى قاتم . وإن تبرز المريض فإن لون البراز يكون
اسود فى لون الفحم . وهذا البراز يميل للبيوتة وله رائحة كريهة .

● نصف كوب من الدم تكفى :-

وقد تختلف شدة النزيف . فعندما يفقد المريض كمية بسيطة نسبياً
مثل ٢٠٠ - ٣٠٠ سم فإنه وإن لاحظ برازاً ذا لون اسود أو قىء بنى
اللون فإنه عادة لا يشعر بهبوط أو ضعف . ولكن إذا زاد ما نزفه
المريض عن ٥٠٠ سم فإنه يصاب عندئذ بحالة من الهبوط والعرق

ويشعر بالدوار وسرعة دقات القلب . أما إن كان النزيف حادا للغاية أو بكمية كبيرة فإنه يصاب بصدمة عصبية وإغماء مع هبوط شديد بالضغط ، وقد لا يكون هناك وقت كاف لتحويل الدم الى مادة الهماطين السوداء ويتقيأ المريض أو حتى يتبرز دما أحمر قانيا ، وهذه أشد حالات النزيف خطورة .

ولقد قدر العلماء كمية الدم التى تؤدى الى تحول البراز للون الأسود ، فوجدوا انها ٦٠ سم فقط (أى حوالى نصف كوب من الدم) . ولذلك لا يجب على المرضى أن يتهاونوا إن فلجأهم قيء بنى قاتم أو براز اسود اللون . ففى ذلك تحذير كاف وعلامة للنزيف حتى ولو لم يشعروا بأى هبوط أو ضعف . . وفى كثير من الأحوال يكون هذا التحذير هو البداية فقط ، يتلوها فى وقت لاحق نزيف أشد حدة وخطورة .

● أدوية تسبب البراز الأسود :-

ولكن ليس أى براز اسود هو نزيف . فمن المعروف أن من يتعاطون بعض الأدوية من مركبات الحديد أو الفيتامينات التى تحتوى الحديد كذا البزموت وأقراص الفحم يلاحظون أن لون البراز اسود . ولكنه يختلف عن الدم الاسود فى انه ليس ليذا رائحة كريهة ، ولا يملح ذلك أى اعراض مرضية أخرى .

أسباب النزيف الهضمى من خلال المنظار :

إن أهم اسباب النزيف الهضمى مرتبة حسب إنتشارها فى مصر

هى كالآتى :

- (١) دوالى المريء .
- (٢) قرحة الاثنى عشر والمعدة .
- (٣) التهابات الغشاء المخاطى وتقرحاته السطحية فى المريء والمعدة والاثنى عشر .
- (٤) القطع الحاد بالغشاء المخاطى لأسفل المريء عند إتصاله

بالمعدة .

(٥) أورام المريء والمعدة .

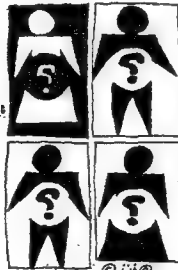
ولما يتميز به المنظار الضوئي من خصائص فقد أصبح الآن هو الوسيلة الفعالة لكشف أسباب النزيف ، ويستخدم بطريقة روتينية في المستشفيات والوحدات الطبية المتخصصة للمميزات الآتية :

● الدقة في كشف سبب النزيف ، وخصوصا في الحالات التي لا تظهر في الأشعة ، مثل التهابات الغشاء المخاطي أو قطع به مما يتسبب في نزيف شديد للغاية .

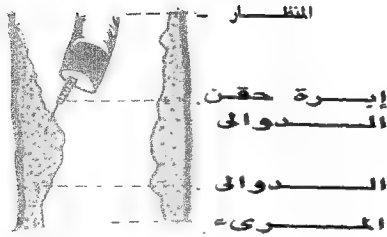
● تحديد مصدر النزيف إن كان المريض مصابا بدوالي بالمريء وقرحة بالاثني عشر في آن واحد مثلا . ونستطيع بذلك أن نعرف أي منها المتسبب في النزيف .

● سرعة رسم خطة العلاج إن كان بوسائل طبية أو جراحية وتوفير وقت ثمين ينعكس أثره على حياة المريض نفسه .

● دور المنظار العلاجي في إيقاف النزيف بواسطة حقن الدوالي أو استخدام الكي الضوئي بأشعة الليزر أو الكي الكهربائي في حالات النزيف من الشعيرات الدموية .



© ١٩٨٠



حقن دوالي المرىء

● علاج نزيف

دوالي المرىء بالمنظار :

دوالي المرىء هي الأوردة المنتفخة التي تتكون أسفل المرىء نتيجة لتليف الكبد . وتنتج عن إرتفاع منسوب الضغط في الوريد البليبي للكبد . وأهم أسبابها (وستشرحها بالتفصيل في مرحلة قادمة) هي مرض البلهارسيا والتهاب الكبد الفيروسي المزمن . ويتم علاج الدوالي النازفة بالطرق الآتية :

● تعويض ما فقده المريض من دم الى أن تستقر الحالة . وذلك بنقل كميات كبيرة من الدم له .

● إستعمال عقار « غازوبرسين » بالوريد وهو مادة تتسبب في إنقباض الأوردة لاقبال كمية النزيف منها .

● وضع أنبوبة خاصة بها جزء مطاطي يحيط بها من الخارج عن طريق إدخالها للمرىء والمعدة من فتحة الأنف ونفخها بالهواء . وهذا يؤدي الى الضغط على الدوائى لإيقاف النزيف . وهذه الأنبوبة نطلق عليها إسم « أنبوبة سنجستاكين » وهو إسم الطبيب الذى ابتكرها .

● حقن دوائى المرىء بالمنظار . ويتم ذلك بواسطة إبرة يغرس الطبيب طرفها داخل الدوائى النازفة ويحقنها بعقار « إيثانولامين » وهو مادة كيميائية ذات مفعول يؤدي الى التئام الغشاء الداخلى للدوائى فيتوقف تدفق الدم منها ويستمر الطبيب فى تكرار عملية الحقن هذه الى أن يتأكد بالرؤية المباشرة أن النزيف قد توقف تماما (انظر الرسم) .

ولكل من هذه الطرق التى ذكرتها فوائد ومضار . وقد يلجأ الطبيب لطريقة أو لأخرى حسب شدة النزيف وحالة المريض . لكن ثبت من الأبحاث الطبية أن الطريقة المثلى والأفضل - إن أمكن ذلك - هى طريقة الحقن بالمنظار . واثبتت الأبحاث أن نسبة إيقاف النزيف الحاد من الدوائى بواسطة الحقن تصل الى ٩٠ ٪ وبعد ذلك على الطبيب أن يوالى حقن مريضه فى فترات متقاربة الى أن تلتحم الدوائى كلها حتى لا يتعرض مرة أخرى للنزيف . واستخدام المنظار للتخلص من الدوائى هو الآن الأسلوب العلاجى المفضل فى كل المركز الطبية العالمية .

● المنظار والكلى الضوئى والكهربى :

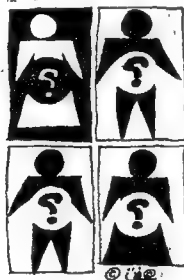
وحتى الآن لم يصل الطب الى السبب الحقيقى للاصابة بقرحة الاثنى عشر والمعدة (الأولى أكثر إنتشارا) أو السبب فى التهابات الغشاء المخاطى والتقرحات السطحية التى تحدث به وتؤدي الى النزيف الحاد . ولكن ثبت أنها تحدث أو تزداد باستعمال بعض الأدوية أو فى حالات مرضية معينة مثل :

- الاسبرين ومشتقاته .
- أدوية الروماتزم بأنواعها المختلفة .
- الإفراط فى تعاطى المشروبات الكحولية ..

● سوء الحالة العامة للمرضى المصابين بالحروق والتسمم الميكروبي .

وامراض الكلى وارتفاع نسبة اليولين بالدم . وقد تحدث أيضا بعد إجراء العمليات الكبرى مثل جراحات المخ مثلا .

وبالإضافة لدور المنظار الرائد في اكتشاف هذه التقرحات فلقد أمكن باستعمال الكي الضوئي بأشعة الليزر أو الكي الكهربى أن نوقف النزيف الحاد من هذه التقرحات بواسطة تسليط تيار ضوئى يؤدي الى تجلط مكان النزيف أو بتمرير تيار كهربى كلوى بواسطة قسطرة معدنية خاصة تدخل من تجويف المنظار الطولى الى مكان الشريان النازف الذى نراه بوضوح من خلال المنظار . وكل هذا يتم فى دقائق معدودة وبطريقة حاسمة وبدون اللجوء للتخدير ولغرفة عمليات ولمضاعفات كثيرة محتملة بعد أن دخلنا فى عصر المناظير العلاجية .



● الجزء الثالث ●

- الفصل الحادى عشر :
القرح الهضمية :
قرحة المعدة والاثنى عشر
- الفصل الثانى عشر :
الحصوات المرارية والمنظار
- الفصل الثالث عشر :
أيها الكبد العظيم : كيف تمرض
- الفصل الرابع عشر :
أمراض القولون

● الفصل الحادي عشر ●

القرحة الهضمية .. قرحة المعدة والاثني عشر

- لماذا المنظار .. لتشخيص القرحة ؟
- ثلاثة أعراض للقرحة الهضمية
- الحموضة ليست من أعراض القرحة
- عوامل تصاحب القرحة
- أحدث علاج للقرحة
- مريض القرحة .. ماذا يأكل ؟

لقد ذكرنا في باب سابق أن الغشاء المخاطي لجدار المعدة يفرز مادة مخاطية لتحميه من تأثير عصارة المعدة الحمضية وما يحتويه من خمائر (أهمها خميرة الببسين) . ولكن إن حدث لسبب أو لآخر أن تاكل جزء من هذا الغشاء فاننا نعرفه طبيا باسم « القرحة الهضمية » ، التي قد تكون سطحية أو عميقة . مثلما نرى إن حدث قطع أو جرح في الجلد ، فقد يكون أيضا جرحا سطحيًا أو عميقًا .

ونطلق اسم القرحة الهضمية على قرحة المعدة أو قرحة الاثنى عشر . ومع اختلافهما في المكان والاسباب وفي بعض الاعراض ، فإنهما يشتركان سويا في تعرضهما لافرازات المعدة الهاضمة . وبدون وجود حامض وعصارة هضمية ما حدثت قرحة على الاطلاق - أى انهما قرح بتأثير الحامض والببسين .

وقرحة الاثنى عشر أكثر انتشارا من قرحة المعدة « بنسبة لا تقل عن ٤ الى ١ » وقد تكون هذه النسبة أكثر كثيرا من ذلك في الدول النامية عنها في الدول المتقدمة ، بالإضافة الى ازديادها المطرد في دول العالم الثالث بالنسبة للدول الأكثر تقدما . وهذا ما يعطى للقرحة الهضمية أهمية خاصة في منطقتنا لكثرة انتشارها وما تسببه من متاعب ومضاعفات .

وينطبق ذلك على أهمية استخدام المنظار في اكتشافها ومتابعة الحالة المرضية لمرضى القرحة الهضمية .

● حديث ذو شجون

ولو كان للمعدة والمنظار أن يتجاذبا أطراف الحديث لقالا :
— ما هذا الضوء المبهر ؟ لقد عشت حياتي كلها منذ الخليقة وأنا في ظلام دامس . . . من أنت ؟
— أنا المنظار الضوئي ذو الالياف يستخدمه طبيبي في هذا العصر الطبي الحديث لارى بوضوح ماذا اصابك . . لا تخافى فانى لن اتسبب لك فى أى ضرر أو ألم .
— ماذا تبحث عنه عندى ؟ انى تعودت من طبيبك اذا أراد اكتشافى ان يصورنى باشعة الباريوم . . فلماذا لم يكتف بالاشعة فقط ؟
— هذا سؤال هام للغاية . . ولا أستطيع أن اجيبك عليه فلنساله هو .

* * *

● لماذا نحتاج للمنظار لتشخيص القرحة ؟

ليس هناك مجال للنقاش فى اهمية استخدام اشعة الباريوم لتشخيص القرحة الهضمية ، لأنها وسيلة سهلة ومتاحة فى كل المستشفيات ومراكز العلاج . ومع ذلك فان لها سلبياتها التى يغطيها ويكملها الفحص بالمنظار .

* ٣٠ ٪ من قرح الاثنى عشر لا يظهرها فحص الاشعة ، أى أن هناك ثلاثة من كل عشرة مرضى يعانون من القرحة ، وتكون نتيجة الفحص بالاشعة أن الاثنى عشر سليمة فى حين أن هذه النسبة فى حالة قرحة المعدة تصل الى ١٠ ٪ فقط .

* قدرة المنظار على أخذ العينات من الغشاء المخاطى لقرحة المعدة للفحص الباثولوجى لا حتمال كونها قرحة خبيثة . أما قرحة الاثنى عشر فمن المعروف عمليا انها دائما قرحة حميدة .
* إذا اشتكى مريض القرحة بعد علاجه منها بالجراحة ،

فإن الفحص بالمنظار لا غنى عنه لاكتشاف التهابات جدار المعدة ، وارتجاع سائل الصفراء الذى يهيج الغشاء المخاطى لها . كذا لتشخيص القرحة التى قد تنشأ فى مكان الوصلة الجراحية بين المعدة والأمعاء .

* بعد علاج القرحة الهضمية بالأدوية ، فإن متابعة تطور الحالة للتحقق من شفاء القرحة والتئامها هو من أهم استعمالات المنظار .
* فحص حالات النزيف الهضمى وإن كان ناتجا من القرحة أو لسبب آخر ، ودور المنظار الرائد فى اكتشاف أسباب النزيف (انظر قبله) .

ومن هذا تتضح أهمية المنظار واستخداماته فى كشف القرحة الهضمية ومضاعفاتها . وهو مع الأشعة يكملان بعضهما البعض كوسائل تشخيصية هامة . ويعتمد استخدام أحدهما أو كليهما على الخبرة المتاحة والكفاءة المتوافرة فى المكان الذى يمارس فيه الطبيب عمله وحسب الحالة المرضية التى يواجهها .

● الأعراض الثلاثية للقرحة الهضمية :

ومع أن هناك فروقا اكلينيكية بين أعراض قرحة المعدة وقرحة الاثنى عشر ، إلا أن الأعراض الثلاثة التالية هى أهم أعراض القرحة الهضمية بصفة عامة .

١ - ألم فى المعدة - أو الجزء العلوى من تجويف البطن :

* وهو ألم مستمر (وليس مخصا) .

* يصفة المريض كان أحدا يقبض على معدته أو يعض عليها .

* يزداد الألم عند الاحساس بالجوع .

* يخف الألم بعد تناول الطعام أو أدوية الحموضة .

٢ - آلام الفجر :

التي تفاجئ المريض فى الساعات الأولى من الصباح وتوقظه من النوم العميق . وهذا الألم الليلي تتميز به قرحة الاثنى عشر بالذات .

٣ - الانتكاسات الدورية :

وهذه خاصية لا يدري لها الطب سببا . فبعد فترة شدة ومعاناة تمتد لاسباع مع القرحة وآلامها تنتهي الآلام وتختفي كل الاعراض لمدة شهر ثم تنتكس القرحة مرة أخرى بعد أن ظن المريض أنه شفى منها نهائيا . وفترات الراحة أو المعاناة وتكرارها ليس لها نمط معين أو ميعاد محدد فكل حالة - أو قرحة - حسب مزاجها فقد تعود مرة في السنة أو مرات !

● الحموضة ليست من أعراض القرحة :

إذا اشتكى مريض من الحموضة فقد يظن أنه مصاب بقرحة . وهذا خطأ شائع والصحيح أن الأعراض الثلاثة لقرحة المعدة ليس من بينها الشكوى من الحموضة على الإطلاق . فإن حدثت فإن المريض قد يكون مصابا بالتهاب المرئ المزمن الناتج عن ارتجاع السائل الحمضي لأسفل المرئ (كما ذكرنا في باب سابق) وهذا مرض آخر تماما ولكنه بالتأكيد ليس قرحة هضمية .

حامض × معدة = قرحة :

هناك معادلة أو توازن قائم بين إفراز الحامض والببسين ومقاومة الغشاء المخاطي لتأثيرهما ، وهو الذى يمنع حدوث القرحة . ولكن إذا حدث خلل لسبب أو آخر في هذا التوازن فإن العوامل تتهايا لحدوث القرحة . وهذه العوامل التى قد تؤدي لظهورها هي :

* زيادة في إفراز السائل الحمضي .

* ضعف في مقاومة الغشاء المخاطي .

* حدوث الاثنين معا .

ولكن كيف يحدث هذا ومتى ولماذا ؟ . كلها اسئلة ما زالت تحتاج

لاجابات شافية لم نصل لمعرفةتها بعد . وهذا فعلا من الامور

العجيبة . . . أن يعلم الطب ويعرف كل شيء عن القرحة الهضمية وأعراضها ووسائل تشخيصها وعلاجها ، ولا يدري للآن السبب الحقيقي في حدوثها . . . وبالرغم من أننا ندري كثيرا عن « العوامل » التي تساعد على حدوث القرحة ولكنها ليست بالقطع « الاسباب » التي أدت اليها . . . وهناك فرق كبير من الناحية العلمية بين العوامل والاسباب .

● عوامل تصاحب القرحة الهضمية :

* زيادة افراز الحامض :

وهذا عامل مساعد هام بالنسبة لقرحة الاثني عشر فقط . أما في حالة قرحة المعدة فإن نسبة افراز الحامض لا تلعب دورا هاما . فقد يكون طبيعيا أو حتى أقل من النسبة الطبيعية .

* ضعف مقاومة الغشاء المخاطي :

وهذا هو العامل الاساسي بالنسبة لقرحة المعدة خاصة في المرضى الذين يعانون من سوء حالتهم العامة الناتجة عن اصابتهم بأمراض مزمنة مثل الفشل الكلوي وتليف الكبد أو أمراض الرئة المزمنة .

* العوامل الوراثية :

تزداد نسبة الإصابة بالقرحة الهضمية في الاقارب من الدرجة الاولى عنها بين المرضى من غير ذوي القربى لدرجة تصل فيها النسبة ٣ : ١ أى ان هؤلاء الاقارب عندهم الاستعداد الوراثي للإصابة بها أكثر من غيرهم .

● التدخين :

اثبتت الاحصائيات الطبية ازدياد الإصابة بالقرحة الهضمية بين المدخنين وصحيح ان هذه النسبة بسيطة ولكنها اكيدة .

* تعاطي الاسبرين وأدوية الروماتيزم والكورتيزون :

لقد ثبت وجود علاقة وطيدة بين تعاطي الاسبرين والتهابات جدار المعدة الحادة والإصابة بالتقرحات السطحية بغشائها المخاطي مما قد

يؤدي الى النزيف الحاد . أما بالنسبة لأدوية الروماتيزم فإن استعمالها أخف ضررا من تأثير الاسبرين .

وتأثير هذه الادوية مقصور على غشاء المعدة فقط ولكنه لا يؤثر على الغشاء المخاطي للاثني عشر ، ولا يحدث به تقرحات ولكن إن كان المريض مصابا فعلا بالقرحة بأحد نوعيها أو كان عنده الاستعداد للاصابة بها ، فإن هذه الادوية لها تأثير ضار للغاية . أما عن عقار الكورتيزون فلن استعماله ليس له اية علاقة بالقرحة الهضمية . وهذا عكس ما كان مفهوما في السابق . ولم يثبت من الاحصائيات الطبية الحديثة ازدياد نسبة الاصابة بالقرحة في المرضى الذين يتعاطون الكورتيزون عن غيرهم من المرضى .

● وسائل محدودة للوقاية :

وكهذا نجد ان هناك عوامل كثيرة متداخلة ومتغيرة تهيبء الظروف للاصابة بالقرحة الهضمية ، ولكننا لأن لم نصل بعد للسبب الحقيقي لها . ولذلك فليست هناك وسائل ننصح بها للوقاية من الاصابة بالقرحة الهضمية ، لأن أغلب العوامل التي تصلحها لا حيلة لنا فيها .

● العلاج الحديث للقرحة الهضمية :

نتيجة للتقدم العلمي السريع في السنوات القليلة الماضية ، تغيرت المفاهيم السائدة لعلاج القرحة الهضمية تماما . ويعتمد العلاج الحديث للقرحة الآن - سواء كان بالدواء أو بالجراحة - على الاقلال من كمية الحامض الذي تفرزه المعدة . فلو لا الحامض لما وجدت القرحة أصلا .

* ومنذ عام ١٩٧٧ استعمل لأول مرة مركب دوائى جديد يختلف عن الأدوية التقليدية لعلاج القرحة في أن له القدرة على الاقلال من إفراز

الحامض - (نعرفه باسم « تاجاميت ») - وتلا ذلك استنباط مركبات كيميائية مختلفة لها نفس تأثير التاجاميت .

* وصاحب ذلك بل وسبقه اختلاف الاسلوب الجراحى لعلاج القرحة الهضمية ، وذلك بالاعتماد اساسا على قطع العصب الحائر المتصل بالمعدة (وهو الذى يتحكم فى افراز الحامض) . واستعاض الجراح بذلك عن الجراحات التقليدية السابقة والتي كان يستاصل فيها جزء كبير من المعدة . وهذا الاسلوب الجراحى الجديد ساعد كثيرا فى تخلص المريض من الاعراض الجانبية والمضاعفات التى كانت تنتج عن هذه الجراحات .

* وبناء عليه تحسنت فرص الشفاء لمرضى القرحة بدرجة كبيرة وبمضاعفات اقل كثيرا عن ذى قبل واصبح السؤال المطروح الان هو : متى تستعمل الدواء لعلاج القرحة ؟ ومتى تلجأ للجراحة ؟ .

● العلاج الدوائى للقرحة الهضمية :

إن الهدف من العلاج الدوائى للقرحة هو :

* شفاء المريض من الاعراض .

* التئام القرحة تماما .

* التقليل من احتمال الاصابة بمضاعفات القرحة .

وعقار « التاجاميت » - او بدائله - بما له من الميزات حقق هذا الهدف بطريقة فعالة ، جعلتنا الآن نعتمد عليه اعتمادا كليا كأساس للعلاج الدوائى للقرحة . وكما سبق أن ذكرنا أصبح من الممكن باستخدام المنظار أن نتابع حالة القرحة ونتحقق من التئامها . واثبت كثير من الدراسات أن « التاجاميت » فى الجرعات الموصوفة يؤدى الى التئام كامل للقرحة بعد شهرين من استعماله فى أكثر من ٩٠ ٪ من الحالات . فاذا كانت القرحة ما زالت فى مراحلها الأولى ولم يحدث بها تليف بعد ، فإن متابعة الحالة بواسطة المنظار تؤكد شفاء القرحة

تماما ، لدرجة يصعب أو يستحيل على الفاحص أن يرى لها أى أثر
باق .

ولكى نصل الى الشفاء التام باستعمال هذه العقاقير يجب اتباع
الآتى :

* الاستمرار فى تعاطى الدواء يوميا ولفترة لاتقل عن شهرين حسب
الجرعة الموصوفة بواسطة الطبيب . وسيشعر المريض باختفاء الآم
القرحة بعد أيام قليلة من بداية العلاج مما قد يشجعه على ترك
الدواء . . وهذا خطأ كبير حيث أن اختفاء الاعراض لا يعنى شفاء من
القرحة . ولذا يجب عليه الاستمرار فى تعاطى الدواء .

* الابتعاد تماما عن تعاطى الاسبرين وأدوية الروماتيزم والاقلاع
عن التدخين أو الاقلال منه قدر الامكان . فلقد ثبت طبيا ان هذه الادوية
والافراط فى التدخين يؤدى الى عدم فاعلية الدواء وعدم التئام القرحة .

● الأهمية القصوى لا استمرار العلاج :

وبعد الفترة الاولى من العلاج المكثف واستقرار الحالة تبدأ مرحلة
أخرى هامة لمنع انتكاس القرحة مرة أخرى . ولتحقيق هذا الهدف يجب
علينا :

* متابعة تطور حالة القرحة . . وذلك باعادة الكشف بالمنظار للتأكد
من التئامها تماما .

* ثم إستعمال الدواء فى جرعة مخفضة تعطى مرة واحدة فقط قبل
النوم مباشرة .

* ويستمر المريض فى تعاطى هذه الجرعة المسائية لسنوات طويلة
وبدون توقف .

وهنا أيضا قد يتساءل المريض - وله الحق فى ذلك . . . إلى متى
سأستمر فى أخذ الدواء . . . أنا الآن كويس وكفاية تكاليف وحتى
لا أشعر انى ما زلت مريضا .

صحيح كل هذا . . . وعلى الطبيب أن يوضح لمريضه بكل الوضوح والامانة أسباب ذلك . فبدون فهم المريض وتعاوننه الكامل ، فإن انتكاسة القرحة في طريقها اليه لا محالة :

* ثبت طبيا أن انتكاسة القرحة تحدث أن توقف المريض عن تعاطي الجرعة المسائية المخفضة .

* وعلى العكس فإن استمرارية تعاطيها يمنع حدوثها مرة أخرى . . فهذه خاصية من خصائص القرحة واعراضها - كما ذكرنا من قبل - وهي خاصية « الانتكاسات الدورية » .

* ولم يثبت بعد استعمال الدواء لسنوات طويلة وفي ملايين المرضى في كل انحاء العالم ، أن هذه الجرعة لها أية مضاعفات أو آثار جانبية .
* ولا يجب على المريض أن يتعجب عندما يطلب منه طبيبه المداومة على تعاطي الدواء . . فهذا يحدث دائما في أمراض كثيرة كمرض السكر والضغط والقلب . . الخ التي يطالب فيها الطبيب المداومة على استعمال الدواء ولا تختلف القرحة الهضمية في ذلك عن غيرها من الأمراض .

* فهذا هو السبيل المتاح أمام الطب لشفاء القرحة وعدم تعرض المريض مرة أخرى لاعراضها أو مضاعفتها .

● العلاج الجراحي للقرحة الهضمية :

ولكن إذا ثبت أن القرحة لم تستجب للعلاج الدوائي ، أو حدثت مضاعفات للمريض ، فهنا يجب أن نلجأ للعلاج الجراحي . أي أن الطبيب يرى في الحالات الآتية أن الجراحة لا بد منها :-

* عدم التئام القرحة برغم العلاج الدوائي المكثف لفترة طويلة -
كما يرى من متابعة الحالة ، والتأكد من ذلك باعادة الفحص بالمنظار الضوئي . .

* تليف القرحة الشديد والذي أدى الى ضيق أو انسداد في الاثنى

عشر وفي هذه الحالة تتغير الاعراض تماما ، لان الطعام الذى ياكله المريض يبقى في تجويف المعدة ولا يستطيع المرور من الاثنى عشر الى الامعاء . . ولهذا لا يستريح المريض إلا إذا تقيأ . وفي كثير من الاحيان يضع المريض اصبعه في فمه ليحدث القيء ليطرده الطعام المتبقى في معدته . . وهذا يتسبب في فقد المريض لكثير من وزنه ، فيصاب بالهزال لعدم قدرته على الاستفادة من طعامه .

* واحد المضاعفات الحادة للقرحة الهضمية هي حدوث ثقب في القرحة ، وذلك في حالة توغلها في جدار المعدة أو الاثنى عشر ، فتخترقه مما يؤدي الى تسرب مائه من سوائل وإفرازات الى التجويف البطنى . وهذه حالة خطيرة تؤدي الى الالتهاب البريتونى الحاد ، ويحتاج معها المريض الى إجراء جراحة عاجلة لرتق هذا الثقب فورا .

* النزيف الهضمى الشديد - خاصة في كبار السن - يحتاج ايضا الى جراحة عاجلة لا يقافه ، حيث أن الشريان النازف عادة ما يكون متصلبا مما يقلل فرص التجلط الذاتى .

* وكما ذكرنا من قبل ، إذا ثبت من الفحص الباثولوجى للعينة التى تم الحصول عليها بواسطة المنظار ، أن قرحة المعدة من النوع الخبيث ، فلا بد من استئصال الجزء الاكبر من المعدة بالجراحة ، للحيلولة دون انتشار المرض الخبيث .

● أدوية الحموضة أقل أهمية :

قبل عصر الادوية الحديثة التى تمنع إفراز الحامض - كان العلاج الدوائى للقرحة الهضمية يعتمد اساسا على استعمال الادوية المضادة للحموضة بأنواعها العديدة . وحيث أنها قلوية التأثير فانها تتعادل مع الحامض عندما يتعاطاها المريض وتؤدي بذلك لشفاء القرحة . شريطة ان يستعملها المريض لفترة طويلة وبجرعات يومية كبيرة - حوالى ٢٠٠ سم يوميا - ولهذا السبب فان القلة من المرضى هي التى تستطيع

الالتزام بتعاطى هذه الأدوية . أما الكثرة منهم فان عدم التزامهم بهذا العبء اليومي الثقيل يؤدي الى عدم التثام القرحة التام - هذا بصرف النظر عن المضاعفات الجانبية لهذه الجرعات الكبيرة .
وكهذا قل كثيرا الاعتماد على ادوية الحموضة كوسيلة للعلاج في القرحة . وقصر استعمالها على تعاطيها بجرعات صغيرة متكررة تساعد على اختفاء الاعراض . واصبح العلاج الرئيسى لشفاء القرحة وعدم انتكاسها يعتمد كلية على « التاجاميت » وبدائله .

● لا داعى لأى أدوية أخرى :

وهناك كثيرة من الأدوية التى لا يزال البعض يظن انها ذات تاثير فعال في علاج القرحة . وثبت بالابحاث الطبية عدم فعاليتها على الاطلاق . ولعل أهمها هى العقاقير التى تمنع التقلص ، فلا داعى لاستعمالها لان لها اعراضا جانبية ، خصوصا على ارتفاع ضغط العين في المرضى المصابين بمرض الجلوكوما (المية الزرقاء) او في حالات تضخم البروستاتا حيث قد يؤدي استعمالها الى احتباس البول .

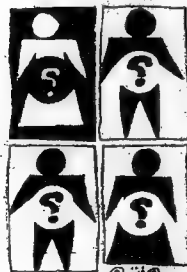
● نظام الأكل للقرحة الهضمية :

- * تمتع بأكل كل ما تشتهي نفسك من طعام وشراب .
- * ازأى يادكتور؟ . . المسلوق احسن . لا يمكن أكل محمر ولا مسبك باتعب جدا . . قالولى كده .
- * هذه خرافات ليس لها أساس طبي . فليس هناك أطعمة معينة تسيء للقرحة او تساعد على شفاؤها ، ونشرت عشرات الابحاث التى اكدت هذا .
- * وأشرب لبن كثير يادكتور . . .

* ليه ؟ ما الداعى لذلك ؟ . . انه لن يصيبك إلا بانتفاخ ولا يلزمنا الآن كوسيلة للعلاج .

وهكذا استطعنا في هذا العصر الطبى الحديث ان نسيطر على مرض القرحة الهضمية بوسائل افضل كثيرا عما قبل وان نسمح لمريضنا بان يتمتع بحياته ونشاطه العادى وبدون الحاجة لنظام معين فى طعام أو شراب أو بادرية وعقاقير لا يمكنه إستساغتها أو الالتزام بها . هذا بالإضافة الى الدقة المتناهية فى التشخيص ومتابعة تطور حالته .

* * * *



● الفصل الثاني عشر ●

الخصوات الماراية والمنظار

- الخزان النشط .
- محتويات سائل الصفرء .
- كيف تتكون هذه الخصوات ؟
- كيف تتجتن ياسيدتى هذه الخصوات ؟ .
- المنظار والصفرء الانسدادية .
- إستخراج الخصوات بالمنظار .

الحصوات المرارية ثلاثة أنواع

الكبد هو أكبر غدة في الجسم . ويزن في الانسان البالغ حوالي ١,٥ كيلو جرام . ومن بين الوظائف الحيوية العديدة للكبد وظيفة هامة هي إفراز سائل له دور اساسي في هضم وامتصاص المواد الدهنية من الأمعاء .

وهذا السائل لونه اصفر - ولذلك نطلق عليه اسم « سائل الصفراء » ولكبر حجم الكبد فإننا نحتاج لشبكة هائلة من القنوات الصغيرة تنتشر بين خلاياه لتستقبل سائل الصفراء بعد إفرازه منها .

وتتجمع هذه القنوات الصغيرة في قنوات أكبر ثم أكبر الى أن تتحد في نهاية المطاف في « قناة الصفراء الرئيسية » . وهذه القناة الرئيسية تنتهي بفتحة صغيرة متصلة بالاثني عشر - أول جزء من الأمعاء الدقيقة حيث تصب سائل الصفراء ليقوم بوظائفه الهضمية .

الحوصلة المرارية

أو « الخزان النشط » :

وحيث أن إفراز سائل الصفراء عملية مستمرة لا تتوقف . . فكان لابد من وجود « خزان » نحتفظ فيه بهذا السائل لحين الحاجة اليه . وهذا ما تقوم به « الحوصلة المرارية » . فإنها جزء لا يتجزأ من قناة الصفراء الرئيسية حيث تتصل بها عبر قناة جانبية ليدخل منها سائل الصفراء لتخزينه .

ولأن الحوصلة المرارية « خزان نشط » فهو يقوم بوظائف أخرى إيجابية تساعد على كفاءة الأداء في عملية الهضم :

* سعة الحوصلة المرارية في المتوسط ٤٠ سم فقط . وهي الكمية التي يمكن إحتزانها من سائل الصفراء في حين أن الكمية التي تفرز من سائل الصفراء هي حوالى ٥٠٠ سم في اليوم الواحد .

* ولتستطيع الحوصلة المرارية أن تتعامل مع هذه الكمية الكبيرة من سائل الصفراء فإن الحوصلة المرارية تقوم بتركيز ما يصلها من هذا السائل حيث أن لها القدرة على إمتصاص ٩٠ ٪ من الماء منه . وبذلك تستطيع أن تحتزن حوالى عشرة أضعاف حجمها .

* ما أن يصل الطعام الى الأمعاء فإن الحوصلة المرارية تنقبض بواسطة ما يحتويه جدارها من عضلات ليندفع ما بها من سائل الصفراء ليصل الى الأمعاء الدقيقة عبر قناة الصفراء الرئيسية .

• « الصفراء » - « المرارة » :

كلمات ذات معنى :

منذ قرون عديدة لاحظ الانسان أن ما يفرزه الكبد هو سائل أصفر اللون وله مذاق شديد المرارة خاصة إذا كان قوى التركيز . وهذا

ما يتميز به بالذات سائل « الصفراء » الذى تخزنه الحوصلة المرارية ومنذ ذلك الوقت أصبحت كلمة الصفراء ، او « المرارة » كلمتين مترادفتين ونطلقهما على مختلف الأجزاء التشريحية التى تتكون منها قنوات سائل الصفراء ونستعملهما أيضا بنفس المعنى لوصف الأمراض التى تصيب هذه القنوات وأهمها بلا شك هى حصوات الحوصلة المرارية .

● محتويات سائل الصفراء :

والطب الحديث يعلم الآن تماما التركيب الكيميائى لسائل الصفراء . ويتكون أساسا من ماء (حوالى ٨٢ ٪) أما الباقي فهو مركبات كيميائية عضوية ذائبة فى هذا الماء . وتتكون الحصوات المرارية نتيجة لزيادة تركيز هذه المركبات عن معدلها الطبيعى فتترسب على شكل بلورات نتيجة لزيادة تركيزها كما نلاحظ فى الملاحات التى تتعرض لأشعة الشمس وهى الوسيلة التى نستخدمها فى إنتاج الملح من مياه البحر . وأهم المركبات العضوية الكيميائية فى سائل الصفراء هى :-

« الكولسترول » بنسبة ٠,٧ ٪

« أملاح الصفراء » بنسبة ١٢ ٪

« ليثيسين » بنسبة ٤ ٪

« بيلروبين » بنسبة ٠,٢ ٪ وهى المادة التى تعطى للسائل لونه

الاصفر .

والكولسترول غير قابل للذوبان فى الماء ولكنه يذوب سريعا فى وجود « أملاح الصفراء » ومركب « ليثيسين » ولولاهما لترسب كل ما يفرزه الكبد من « الكولسترول » .

● الحصوات المرارية

ثلاثة أنواع رئيسية :

ولذلك فإننا نجد أن حصوات المرارة ما هي إلا ناتج ترسيب واحد أو أكثر من هذه المركبات الكيميائية العضوية . ولذلك وحسب تحليلها الكيميائي تقسم الحصوات الى ثلاثة أنواع :-

١ - حصوة الكولسترول : وهي أكثر أنواع الحصوات المرارية إنتشارا .

٢ - حصوة البيليروبين : وتتكون من ترسب مادة البيليروبين مع الكالسيوم .

٣ - حصوة مختلطة : وتتكون من خليط من الكولسترول والبيليروبين ومواد أخرى .

● كيف تتكون الحصوات المرارية ؟

إذا زادت كمية الكولسترول الذى تفرزه خلايا الكبد عن المعدل الطبيعى أو قل إنتاج المواد المذيبة له من « املاح الصفراء » أو من مادة « ليثيسين » فإن هذا يؤدي الى تشبع سائل الصفراء بكمية عالية من الكولسترول . وعندما تختزنه الحوصلة المرارية فإن درجة تركيزه تزداد عشر مرات عن تركيز الكولسترول فى السائل الذى أفرزه الكبد (كما ذكرنا قبل) . وهذا يؤدي الى ترسب الكولسترول فى الحوصلة المرارية على شكل بلورات صغيرة تتجمع وتلتصق لتتكون منها حصوة الكولسترول .

● كيف تتجنبين ياسيدتى

الحصوات المرارية ؟

نسبة الاصابة بالحصوات المرارية عالية وتنتشر بين المواطنين فى كل

انحاء العالم . صحيح أن بعض الأجناس عندها الاستعداد الوراثي للإصابة بالحصوات أكثر من أجناس أخرى . ولكن بصفة عامة نجد أن السيدات أكثر عرضة من الرجال كما ثبت من الإحصائيات العالمية . وتزداد النسبة بدرجة كبيرة مع تقدم السن حيث تصل بعد سن الأربعين الى ٢٠ ٪ بين السيدات في حين أنها ٨ ٪ فقط بين الرجال . وبعد سن الستين تقفز هذه النسبة الى حوالي ٣٠ ٪ . وهناك عوامل تزيد من احتمالات الإصابة بحصوات المرارة ومن الممكن تجنبها وإهمما :

* كثرة الانجاب فقد تلاحظ أن النسبة تزيد مع زيادة مرات الحمل .
* استعمال حبوب منع الحمل أو الهرمونات الأنثوية لفترات طويلة .

* السمنة المفرطة وازدياد الوزن عن المعدل الطبيعي .

* الإصابة بمرض السكر .

* إرتفاع نسبة بعض الدهون في الدم - وليس منها إرتفاع الكوليسترول في الدم - فليس هناك علاقة بين كولسترول الدم وحصوة الكوليسترول .

من الواضح أن العوامل الثلاثة الأخيرة تنطبق على الرجال والنساء ، ولكنى وجهت حديثي للمرأة وأقصد بذلك أنها أكثر عرضة من الرجل . ولكن يجب على الجنسين تجنب هذه العوامل للاقلال من فرص تكوين الحصوات المرارية .

● أعراض ومضاعفات

الحصوات المرارية

بعد أن عرفنا التركيب الكيميائي لسائل الصفراء وكيفية ترسبه وتكون الحصوات المرارية فإننا نستطيع أن نفسر كل الأعراض

والمضاعفات التى تحدث وأن نلخصها ونفهمها بوضوح إن تتبعنا مجموعة الرسوم التوضيحية :

١ - الحصوات الساكنة :

وهى الحصوات التى لا تسبب للمريض أية أعراض على الإطلاق .
فهى مستقرة فى قاع الحوصلة المرارية وساكنة تماما ولا تتحرك من مكانها . وطبعاً لا الطبيب ولا المريض يدري شيئاً عن وجودها .
وتكتشف بمحض الصدفة عندما يجرى للمريض فحص بالأشعة
أو بالموجات فوق الصوتية لسبب أو لآخر . ومع ذلك ينصح الطبيب
مريضه بإستئصال الحوصلة المرارية حيث أن من الثابت طبياً أن ٥٠ ٪
من هذه الحالات معرضة للمضاعفات فى المستقبل مع مرور السنين
ولا داعى للانتظار حتى تحدث مضاعفات حادة قد تؤدى الى التدخل
الجراحى العاجل وقد تكون حالة المريض عندئذ سيئة للغاية .

٢ - التهاب الحوصلة المرارية الحاد :

إذا تحركت إحدى الحصوات المرارية وانحسرت فى القناة الجانبية
المؤدية الى قناة الصفراء الرئيسية فإنها تؤدى الى ألم مفاجئ شديد فى
أعلى البطن يستمر ساعة أو ساعات طويلة وتصاحبه بعض الأعراض
الأخرى مثل الغثيان والقيء . وهذا هو « المغص المرارى » . وقد
يحدث منه إلتهاب حاد بالحوصلة المرارية مع إرتفاع الحرارة نتيجة
للتلوث الميكروبى . وإذا تكررت نوبات المغص المرارى فإن هذا يؤدى فى
النهاية الى التهاب الحوصلة المرارية المزمن .

٣ - حصوات قناة الصفراء والتهابها :

وإذا تحركت حصوة أو أكثر الى مجرى قناة الصفراء الرئيسية فإنها
تؤدى الى احتباس تدفق سائل الصفراء فيها وهذا بالتالى يتسبب فى
تجمع أملاح الصفراء بالدم (وتصيب المريض بهرش بالجلد) كذا
زيادة نسبة البيليروبين بالدم (ينتج عنه إصفرار بالجلد والعين) .
هذا بالإضافة الى إصابة المريض بالتهاب ميكروبى حاد بقنوات
الصفراء يصاحبه إرتفاع شديد بالحرارة مع الاحساس بالقشعريرة
أو الرعشة . وهذا ما نعرفه طبياً باسم « الصفراء الانسدادية » .

• يتم تشخيص حصوات الحوصلة

المرارية بإحدى الطريقتين :

١ - الفحص بالأشعة :

ويسبق ذلك إعطاء المريض مادة تلون الحوصلة المرارية مما يتيح إظهارها بما تحتويه من حصوات في صورة الأشعة .

٢ - الفحص بجهاز الموجات فوق الصوتية :

وتعتمد هذه الطريقة على ارتداد الموجات فوق الصوتية إن اصطدمت بجسم غريب (الحصوات في هذه الحالة) فتظهر بوضوح على الشاشة الخاصة بالجهاز . ويمكن إنقاط صور للحوصلة المرارية على فيلم حساس بواسطة كاميرا تصوير فورية . والميزة الإضافية للفحص بالموجات فوق الصوتية هي قدرتها أيضا على إظهار قناة الصفراء الرئيسية خاصة في الحالات التي يكون فيها المريض مصابا بالصفراء (وفي هذه الحالات لا يمكننا فحص المريض بالأشعة) ونستطيع قياس قطرها الذي إن زاد عن المعدل الطبيعي فهذا يؤكد إصابة المريض بمرض الصفراء الانسدادية .

• مضاعفات الحصوات المرارية :

مما سبق نرى أن إصابة المريض بالحصوات المرارية قد يتسبب في ثلاثة مضاعفات رئيسية :-

١ - التهاب الحوصلة المرارية الحاد .

٢ - التهاب الحوصلة المرارية المزمن .

٣ - الصفراء الانسدادية والتهاب قنوات الصفراء وهي أكثر المضاعفات خطورة .

وفي حالات التهاب الحوصلة المرارية الحاد يعتمد الطبيب على الفحص بالموجات فوق الصوتية حيث يمكنه التأكد من التشخيص بسهولة وبدون إرهاب لمريضه وهو في مثل هذه الحالة الحادة .

أما في حالات الصفراء الانسدادية فإن للفحص بالموجات فوق الصوتية دور أساسى . فهى تفرق بين أسبابها العديدة وتميز بينهما وبين الصفراء غير الانسدادية أى التى تنتج عن مرض بالكبد وليس بقنوات الصفراء ، مثل التهاب الكبد المزمن أو تليفه .

● المنظار

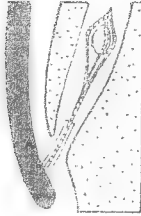
والصفراء الاندادية :

وإذا كان للموجات فوق الصوتية دور أساسى في فحص حالات الصفراء الانسدادية فإن لمنظار القنوات المرارية الدور الحاسم . . لئلا من إمكانيات ضخمة كطريقة أكيدة للتشخيص وللعلاج في العديد من أمراض قنوات الصفراء . . والمذهل أن هذا التشخيص أو العلاج يتم في دقائق معدودة وبطريقة حاسمة وبدون الحاجة للتخدير . . ويعود بعدها المريض لمنزله ولا داعى لبقائه في المستشفى .

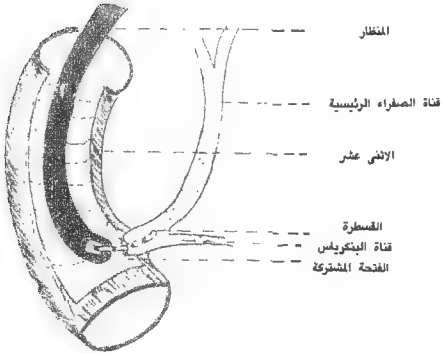
استخدام المنظار في تشخيص

وعلاج الصفراء الاندادية

شهد عام ١٩٧٠ مولد منظار جديد لفحص قناة الصفراء وقناة البنكرياس . وكان ذلك إيذانا بدخول الطب عصرا جديدا لفحص هذه القنوات . ويرجع الفضل في ذلك لتقدم صناعة تكنولوجيا الالياف الضوئية في اليابان حيث امكن ابتكار هذا النوع من المناظير . والفكرة الأساسية لهذا المنظار تعتمد على ليونته الشديدة التى تسمح بإدخاله عبر إنحناءات المعدة والاثنى عشر الى أن يصل الى الفتحة المشتركة التى تصب فيها كل من قناة الصفراء الرئيسية وقناة البنكرياس ما تجمع بهما من عصارات هاضمة الى الأمعاء (كما في الرسم) . ومن خلال قسطرة طويلة تمر داخل المجرى الطولى للمنظار .

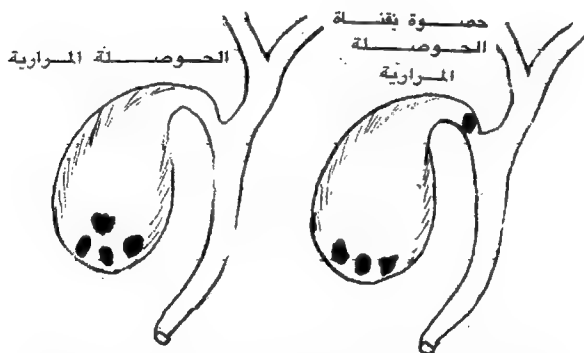


استخراج حصوات القناة
المرارية عن طريق جفت خاص
بخرج من منظار الاثنى عشر إلى
فتحة القناة المرارية بها .





الصفراء الانسدادية



المفص المرارى الحصىات الساكنة

بعد القطع



أثناء القطع



قبل القطع



قطع فتحة القناة المشتركة بالانسي عشر

يستطيع الطبيب أن يغرس طرفها السفلى داخل هذه الفتحة المشتركة .
ويحقن من طرفها العلوى بواسطة حقنة عادية - محلولاً كيميائياً يملأ
به قنوات الصفراء وقناة البنكرياس . وبواسطة الأشعة نستطيع رؤية
هذه القنوات بوضوح بعد ملئها بهذا المحلول الكيميائى .

● الكفاءة العالية

والتجهيزات المطلوبة :

- الفحص بمنظار القنوات يتم فى غرفة للأشعة مجهزة تجهيزاً جيداً
وبها شاشة تليفزيونية ملحقة بجهاز الأشعة لمتابعة ملء القنوات
ومكان المنظار والقسطرة أثناء الفحص .
- الطبيب الذى يستخدم هذا المنظار لابد أن يكون ذو خبرة واسعة
وكفاءة عالية فى مجاله لكى يحقق النتائج المرجوة من الفحص . وتصل
نسبة النجاح حسب الخبرة ما بين ٨٥ ٪ الى ٩٥ ٪ فى ملء القنوات .
- ويستطيع الخبير أن يتم الفحص فى فترة وجيزة تبلغ فى المتوسط
ما بين ١٠ - ١٥ دقيقة فقط . ولا داعى لأن نذكر مرة أخرى أن مع كل
هذه الكفاءة المطلوبة والتجهيزات اللازمة فإن النتائج التى يتيحها
الفحص بالمنظار تفوق فى دقتها وإمكانيات العلاج على ضوءها أية وسيلة
تشخيصية أخرى .

● لا بديل عن التشخيص بالمنظار :

عندما يؤكد الفحص بالموجات فوق الصوتية إصابة بانسداد بقناة
الصفراء فإن الطبيب يحتاج لمعرفة سبب الانسداد ومكانه . وليس
هناك طريقة أخرى غير الفحص بالمنظار لتحديد ذلك - خاصة فى حالات
الحصوات - لأننا نعرف تماماً حجمها وعددها ومكانها . . والأهم من
ذلك فرصة شفاء المريض وذلك باستخراج الحصوات عن طريق المنظار

في دقائق قليلة بدون اللجوء للتخدير والجراحة وفتح البطن .
اما إذا لجأنا للجراحة ، فإن الجراح يعلم مقدما ما سيفعله قبل
إجرائه لمثل هذه الجراحات الدقيقة ، وكأنه مزود بخريطة بها ما يريده
من معلومات تسهل عليه عمله وتتيح بالتالي للمريض فرصة احسن
للشفاء .

• متى نستخدم المنظار لإستخراج الحصوات ؟

وبعد أن عرفنا بالتاكيد ما سنفعله ، نفضل كثيرا إستخراج
الحصوات من قناة الصفراء الرئيسية بالمنظار في الحالات الآتية :-
■ كبير سن المريض أو سوء حالته العامة لوجود امراض أخرى
مزمنة مثل مرض القلب أو تليف الكبد . . الخ .
■ وجود حصوات بقناة الصفراء بعد استئصال الحوصلة
المرارية ، وفي هذه الحالة توجد صعوبة وخطورة إذا تعرض المريض
لاجراء جراحة ثانية نتيجة لوجود التصاقات .
■ التهاب قنوات الصفراء الحاد مع وجود تسمم ميكروبي .
وهذه حالة خطيرة للغاية تودى بحياة المريض إذا لم يتم التدخل
السريع لعلاج الانسداد . والمنظار أصبح الآن هو الأمل الوحيد لانقاذ
حياة المريض - حيث أن التدخل الجراحي غير مأمون كما أن نسبة
المضاعفات أو الوفاة بعد الجراحة عالية جدا في مثل الحالات الحرجة .

• كيف نستخرج الحصوات بالمنظار ؟

وتماما كما ذكرنا من قبل عند إدخال القسطرة لتشخيص ما بقنوات
الصفراء من حصوات فإننا ندخل بدلا منها قسطرة أخرى بها سلك رفيع
في الطرف السفلي لقناة الصفراء . وبواسطة جهاز خاص للمكي الكهربى
نستطيع تمرير تيار كهربى قاطع في هذا السلك لعمل فتحة طويلة
بالقناة . وهذا يؤدى الى توسيعها لتسمح بنزول الحصوة تلقائيا

فى الأمعاء لىتبزها المرىض بعد ذلك - كما ىمكننا أىضا أن نمسك الحصىة بواسطة جفت خاص ونجذبها به (كما فى الرسم) .
وقد ىظن البعض أن هذا الكى الكهربى قد يصعق المرىض كطبیار الكهرباء العادى إن لامس الجسم . وهذا غیر حقیقى . . لأن شدة التیار المستعملة فى الكى تختلف عن الكهرباء العادىة فى أنها تقطع الأنسجة بشدة الحرارة المتولدة ولا تتسبب فى أى ألم أو كهربة للمرىض .

● إستعمالات علاجیة أخرى للمنظار :

- ١ () وضع قسطرة للتغلب على ضیق القناة الرئیسیة للصفراء خاصة فى حالات الأورام الخبیثة التى یعانى فیها المریض من الهرش الشدید والصفراء .
- ٢ () توسیع ضیق القناة الناتج عن إجراء جراحة سابقة أو بعد إستئصال الحوصلة المراریة وفى أمراض طبیة أخرى تصیب القناة أو بعض أجزائها بالضیق .
- ٣ () وضع قسطرة داخل القناة نستعمل من خلالها محالیل لاذابة الحصوات أو حقن المضادات الحویوة وذلك كطریقة وقتیة للعلاج .



● الفصل الثالث عشر ●

أيها الكبد العظيم .. كيف تمرض ؟

- ★ الكبد أكبر مصنع كيميائى ..
- ★ لكى يقوم الكبد بوظائفه ..
- ★ تعدد أمراض الكبد ..
- ★ أسباب التهاب الكبد ..
- ★ العلاقة الوثيقة بين الفيروسات وتليف الكبد ..
- ★ مايجب ان تعرفه عن تليف الكبد ..
- ★ فحص الكبد بمنظار البطن ..

أيها الكبد العظيم كيف تمرض ؟

إذا كانت الاسنان تقطع والمعدة تطحن والامعاء تهضم وشعيراتها تمتص ، فان ناتج كل هذه العمليات المتتالية والمعقدة ليس لها الا هدف واحد : هو تحضير وجبة الطعام ليقوم الكبد ، كائى طبّاخ ماهر ، باعداده بطريقة الخاصة لتستفيد منه خلايا الجسم .

.....

● الكبد أكبر مصنع كيميائى

ولذلك فان العلماء يعتبرون ان الكبد هو اكبر مصنع كيميائى فى العالم حيث تتم فى خلاياه اعقد العمليات الكيميائية بما تحتويه من انزيمات وخمائر تقوم بوظائف لا تحصى . . واهمها هى :

★ تخزين وتحويل غذاء الانسان من مواد سكرية ودهنية وبروتينات الى اشكال كيميائية متعددة وهذا ما نطلق عليه طبيا اسم « التمثيل الغذائى » .

★ تصنيع مواد كيميائية جديدة أهمها بلازما الدم وهى المواد البروتينية التى تسرى فى عروقنا حاملة كرات الدم بأنواعها المختلفة .

★ إفراز سائل الصفراء - كما ذكرنا من قبل - بما فيه من عصارة هاضمة لا متصاص المواد الدهنية من الامعاء .

★ طرد نفايات الجسم التى لا يحتاجها والتى إذا تجمعت لاصابت الانسان بالتسمم ، أو تحويلها الى مواد أقل ضررا مثل تحويل الاحماض الامينية الى مادة البوليما لتقوم الكلى بعد ذلك بطردها خارج الجسم مع البول .

● ولكى يقوم الكبد بوظائفه

★ نجد انه يتواجد فى موقع استراتيجى رئيسى فى الجسد ، حيث يستقبل كل ما تم امتصاصه من الامعاء ويتعامل معها ويتفاعل ، ثم بعد ذلك وليس قبل ، تنتقل عن طريق الدورة الدموية الى خلايا الجسم .

★ ولذلك فهو اكبر غدة فى الجسم إذ يصل وزنه الى حوالى ٢ ٪ من الوزن الكلى للانسان البالغ .

★ ولا عجب إذا علمنا ان الكبد يتلقى كمية هائلة من الدم تصل الى حوالى ١,٥ لتر فى الدقيقة الواحدة عن طريق وريد كبير « الوريد البابى » وشريان رئيسى « الشريان الكبدى » . ولعله فى ذلك هو العضو الوحيد فى الجسم الذى له هذه الدورة الدموية الثنائية .

★ وهذا هو السبب فى ان الكبد يتميز بهذا اللون الاحمر الداكن لما به من شبكة ضخمة من الشعيرات الدموية .

● تعدد امراض الكبد

ونتيجة لكل هذه التعقيدات فى الصفة التشريحية للكبد نرى ان امراضه بالتالى مختلفة الانواع ومتعددة الاشكال حسب الجزء الذى اصابه المرض :

★ امراض خلايا الكبد :

مثل التهاب الكبد الحاد او المزمن وتليف الكبد .

★ امراض الدورة الدموية للكبد :

مثل ارتفاع ضغط الدم بالوريد البابى والاصابة بدوالى المرئ ، التى هى جزء من هذه الدورة البابية .

★ امراض قنوات الصفراء :

مثل الاصابة بالحصوات والتهابات القنوات - والصفراء الانسدادية باسبابها المختلفة .

وهذا ما يجعلنا نحتاج للعديد من الفحوص والابحاث واخذ عينة من الكبد والكشف بالاشعة والموجات فوق الصوتية والمناظير الضوئية . الخ لنعرف بدقة ما أصاب هذا الكبد العظيم من امراض وفى أى مكان منه وبأى درجة . ولقد ذكرنا فى الفصل السابق امراض قنوات الصفراء وسنعرض فى هذا الفصل لاهم امراض الكبد وكيفية تشخيصها وعلاجها فى ضوء المعلومات الطبية الحديثة وما اضافته استخدام المناظير فى هذا المجال .

● التهاب الكبد المزمن

يشكو المريض لطبيبه انه يشعر بالتعب والارهاق بعد أى مجهود بسيط وانه فقد كثيرا من نشاطه وحيويته . . ومع انه يتعاطى الكثير من الفيتامينات والمقويات ويستريح لفترات طويلة الا ان كل ذلك بدون فائدة .

وتنهال اسئلة الطبيب ليجث عن الحقيقة :

— هل أصابك مرض الصفراء من قبل ؟

عمرى يا دكتور ما حصل لى ذلك .

— هل خالطت احدا من أفراد اسرتك مصابا بها ؟

لا أتذكر أن أصيب أحد من أسرتى بالصفراء .

— لقد أخبرتنى انك عملت عملية لاستخراج حصوة من الكلوة هل

أخذت أثناء الجراحة نقل دم ؟

نعم أخذت لتر دم وكانت الجراحة منذ ثلاث سنوات .

ويطلب الطبيب من مريضه إجراء تحاليل لوظائف الكبد ، ويثبت منها انه مصاب بالتهاب الكبد المزمن ، وهو الذى تسبب فى إحساسه بالارهاق وفقد النشاط نتيجة فى هذه الحالة لاصابة هذا المريض بفيروس الكبد أثناء نقل الدم له منذ ثلاث سنوات .

هذا الحديث هو مثال لشكوى مريض التهاب الكبد المزمن شكوى

قد لا تثير كثيرا من الانتباه . وقد لا يلجأ المريض الى الطبيب الا إذا زادت الاعراض أو لاحظ اصفرارا في العينين .

● أسباب التهاب الكبد المزمن

وهناك أسباب كثيرة للاصابة بالتهاب الكبد المزمن ، وأهمها وأكثرها انتشارا هو الاصابة بفيروسات الكبد ، وبالذات في منطقتنا وفي الدول النامية ، حيث تنتشر الفرصة للعدوى بهذه الفيروسات خاصة في الأماكن المزدحمة بالسكان حيث لا تتوافر الشروط الصحية السليمة من صرف صحى جيد وتخلص من القمامة والذباب وما يتبعه من تلوث مصادر المياه والاطعمة بالفيروسات .

● حديث عن فيروسات الكبد

يقسم العلماء فيروسات الكبد إلى ثلاثة أنواع رئيسية :

(١) فيروس « أ » : يصيب المريض بالتهاب الكبد الحاد ولكنه لا يتسبب اطلاقا في التهاب الكبد المزمن .

(٢) فيروس « ب » : يصيب المريض أيضا بالتهاب الكبد الحاد . ولكن في حوالي ١٠ ٪ من الحالات قد تنتهى الاصابة الحادة بالالتهاب المزمن أو قد يشفى المريض ولكنه لا يتخلص من الفيروس الذى يبقى في الجسم . . أى انه يصبح بذلك « حاملا للفيروس » وهذا الشخص هو مصدر عدوى لغيره بدون ان يدري خاصة إذا تبرع بدمه .

(٣) فيروس ليس « أ » وليس « ب » : وهذا هو النوع الثالث من الفيروسات ويتسبب أيضا في التهاب الكبد المزمن ولم نكن نعرفه قبل ذلك . وله خصائص مختلفة عن فيروس « أ » وفيروس « ب » - وهذا هو السبب في إسمه - ويتنقل أساسا عن طريق نقل الدم .

● العلاقة الوثيقة بين الفيروسات وتليف الكبد

ولكن ليس معنى هذا ان كل مرضى من مرض التهاب الكبد الفيروسي المزمن يجب ان يصاب أولا بمرض الالتهاب الكبدي الحاد ، بل قد يكون العكس هو الأقرب للصواب . ففي أغلب الاحوال نكتشف الالتهاب المزمن بدون أى تاريخ أو ذكر سابق للاصابة بالصفراء او نعرفه بعد اختبار الدم دون أن يشكو أو يشعر بشيء . حتى الامهات فقد ينقلن الفيروس الى الجنين إذا كانت الام حاملة للفيروس اثناء الحمل .

● وخلاصة الحديث عن فيروسات الكبد هي أنها تتسبب في التهاب الكبد المزمن الذى يؤدي في النهاية الى تليف الكبد . ولعل الاحصائيات الطبية تعطينا المؤشر الصادق عن حجم المشكلة في منطقتنا بالمقارنة للمناطق الأخرى من العالم . فلقد ثبت ان نسبة حاملي الفيروس « ب » هو كالاتى :

في الدول المتقدمة ٠,١ ٪ من السكان

في دول الشرق الأوسط ٥ - ١٠ ٪ من السكان

وكلما ازدادت نسبة المصابين بالتهاب الكبد المزمن كثرت حالات تليف الكبد .

● وماذا عن البلهارسيا ؟

تعلم جميعا ان مرض البلهارسيا ينتشر بين مواطنينا ، وأنه يتسبب أيضا في تليف الكبد . ومع ذلك فأنى ذكرت بالتفصيل انواع فيروسات الكبد واهميتها ولم أذكر شيئا عن مرض البلهارسيا مع انه مرض مصر الأول . ولعل ما دفعنى لذلك هو أن القارئ يعرف الكثير عن البلهارسيا ولكنه لا يعرف الا القليل عن التهاب الكبد المزمن والفيروسات ، وعن

دورها الرئيسى فى انتشار امراض الكبد فى منطقتنا .
هذا بالاضافة الى ما نلاحظه من أن كثيرا من المرضى مصابون
بالبلهارسيا والفيروسات فى آن واحد كما نعرف أن كليهما يؤدى فى
النهاية الى تليف الكبد ، وعندئذ يصعب على الطبيب أن يرجع سبب
التليف لاحدهما دون الآخر .

● الوقاية من فيروسات الكبد

- (١) العناية التامة بظروف البيئة الصحية للمجتمع .
 - (٢) عدم تناول الاطعمة والمشروبات التى تعرضت للذباب .
 - (٣) استعمال حقن البلاستيك بدلا من الحقن الزجاجية التى
يصعب تعقيمها حتى بالطريقة المعتادة وهى غليها فى الماء .
 - (٤) فحص الدم من المتبرع لاحتمال وجود الفيروس « ب » وذلك
قبل اعطائه للمرضى .
-

● تشخيص التهاب الكبدى المزمن

وكما ذكرنا يجب على الطبيب عند فحصه لمريضه المصاب بمرض
الكبد المزمن ، أن يبحث فيه عن وجود الفيروسات وبويضات
البلهارسيا فى وقت واحد . ولذلك فاننا نعتمد فى التشخيص على الأسس
التالية :

- ★ حالة المريض الاكلينيكية .
- ★ تحاليل وظائف الكبد بما فيها اختبارات فيروس الكبد .
- ★ اخذ عينة من الكبد لمعرفة درجة الالتهاب أو التليف .
- ★ اخذ عينة من الغشاء المخاطى للمستقيم للبحث عن وجود
بويضات البلهارسيا به .

● ما يجب أن نعرفه عن تليف الكبد

عندما يلتئم الجلد بعد إجراء جراحة مثلا أو بعد إصابته بجرح فاننا نلاحظ انه يترك أثرا ظاهرا لمكان إلتهامه يكون أكثر صلابة وخشونة من الجلد الطبيعي . أما خلايا الكبد فانها إذا أصيبت بالالتهاب المزمن لفترة طويلة فانها تتحلل وتتناكل . ويتلو ذلك - كما يحدث في الجلد - عملية التئام تتكون من نسيج صلب يحيط بالخلايا الكبدية وما حولها من شعيرات دموية . وهذا ما يحدث أيضا إذا تواجدت بويضات البلهارسيا في نسيج الكبد . والنتيجة الحتمية لهذا الالتئام هو صعوبة تدفق الدم في هذه الشعيرات . . هذا هو ما نغنيه بتليف الكبد .

وهذا الوضع مختلف تماما عن حالة التهاب الكبد المزمن أو إصابة الكبد ببويضات البلهارسيا الذي لم يتحول فيه نسيج الكبد الى تليف بعد . . حيث ان فرصة الشفاء التام في هذه الحالات قائمة .

.....

● الأهمية القصوى لعينة الكبد

ولذلك فاننا نحتاج لأخذ عينة من خلايا الكبد لنعرف تماما الحالة المرضية للخلايا لان هناك عدة احتمالات ولا تكفى التحاليل الطبية للفرقة بينها :

● حالة التهاب مزمن أو بلهارسيا - ولم يحدث تليف ، وهنا يكمن الأمل في الشفاء قبل أن تتطور الحالة .

● حالة التهاب وتليف في أن واحد ، وبالعلاج الالتهاب فاننا نوقف هذا التطور لتستقر الحالة بدون ازدياد في حالة التليف .

● حالة تليف شديد بالكبد - وهذه اشد حالات المرض خطورة وتقدما .

وعينة الكبد تجرى تحت بنج موضعي بواسطة إبرة رفيعة قطرها

حوالى ١,٤ ملليمتر يغرسها الطبيب فى الجانب الأيمن فى اتجاه الكبد ثم يسحبها ، وذلك فى وخزة سريعة لا تتعدى فى الوقت جزءا من الثانية . وفى يد الطبيب الخبير فإن مضاعفاتها قليلة للغاية ، ويمكن للمريض أن يعود لمنزله فى نفس اليوم بعد فترة مراقبة قصيرة بالمستشفى . ولا داعى للخوف إطلاقا من عينة الكبد .

● فحص الكبد بمنظار البطن

وحسب الخبرة المتاحة ، فإن كثيرا من الاطباء يفضلون فحص مريض الكبد بمنظار البطن ، وذلك لميزاته الآتية :

★ يتبين للطبيب كل أجزاء الكبد ويرى سطحة بوضوح ، وقد يصل الى التشخيص الدقيق حتى بدون الحاجة لأخذ عينة من الكبد .

★ يستطيع الطبيب أخذ عينة الكبد تحت الرؤية المباشرة ، وهذا يزيد من الدقة حيث يستطيع الطبيب أن يحدد المكان الذى سياخذ منه العينة ، بخلاف ما يحدث أثناء الحصول على العينة بالابرة (بدون استعمال المنظار) . وثبت من الاحصائيات الطبية أن نسبة الدقة فى التشخيص تزداد باستعمال المنظار عن نسبة أخذ العينة بالابرة بحوالى ٣٠ ٪ فى حالات تليف الكبد .

★ هذا بخلاف قدرة المنظار على فحص الغشاء البريتونى والاحشاء التى يحتوئها مما يساعد الطبيب فى تخطيط العلاج لمريضه .

ويتم فحص المريض بمنظار البطن فى سهولة وبدون ألم أو حاجة للتخدير الكلى . وكل ما نحتاجه هو بنج موضعى ، ثم عمل فتحة بجانب السرة طولها لا يتعدى ١ سم ومن خلال هذه الفتحة نستطيع ادخال المنظار وفحص المريض فى وقت يصل فى المتوسط ما بين ١٥ - ٢٠ دقيقة . وهو بلا شك إضافة هامة لتشخيص أمراض الكبد .

● علاج التهاب الكبد المزمن وتليف الكبد

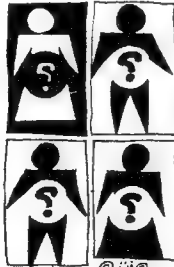
مما سبق نرى أن العلاج يعتمد على السبب أو الأسباب ، ثم علاج المضاعفات التي تنجم عن التهاب الكبد أو تليفه .

(١) علاج البلهارسيا أصبح الآن سهلا للغاية بالعقاقير الحديثة والتي تعطى على شكل حبوب في جرعة واحدة فقط . ولها أثر فعال في القضاء على ديدان البلهارسيا بنوعيتها - البولية والقولونية - .

(٢) علاج التهاب الكبد المزمن وذلك باستعمال عقار ضد المناعة مع مشتقات الكورتيزون ، حيث ثبت طبيا أن في كثير من حالات التهاب الكبد المزمن نجد أن الجسم يفرز أجساما مناعية ضد خلايا الكبد ذاته ، ما يؤدي إلى ازدياد الحالة سوءا .

(٣) معالجة دوالي المريء بواسطة المنظار (سبق أن ذكرنا ذلك من قبل) أو بالجراحة ، وذلك للتحكم في النزيف الذي يحدث منها .

(٤) استعمال مدرات البول ومطهرات الأمعاء للتغلب على الاستسقاء وتورم القدمين ، ومنع حدوث الغيبوبة الكبدية .



© ١٩٩٠

● الفصل الرابع عشر ●

أمراض القولون

- الأعراض الأربعة لمرض القولون العصبي
- المتهم البري !!
- الزوائد القولونية والنزيف الشرجي .
- منظار القولون علاج لنزيف الزوائد .
- الزوائد الغدية خطرة . . !!

* أنا دائما قبل الامتحان أصاب بالاسهال .
* لازم لما أزعل أشعر بتقلصات شديدة في مصاري
وانتفاخ .

* عندما أسافر وأغير مكاني أصاب بالامساك ،
ويتلخبط عندى الهضم لأيام طويلة .

* أعانى من المصران كلما أكلت وجبة دسمة .
هذه نماذج عابرة لظروف وقتية تبين أن القولون
أو المصران الغليظ عضو مرهف الحساسية سريع
الانفعال ويعير عن أحاسيسه بإنقباضات عضلية
يتسبب عنها شعور بالألم وإضطراب الهضم والإصابة
بنوبات من الاسهال أو الامساك .

ولكل عضو من أعضاء الجهاز الهضمى نصيبه
المعلوم من الأمراض والأعراض إلا القولون ! فإن له
فيها نصيب الأسد من المتاعب والهموم والمشاكل -
ما بين مرض القولون العصبى بألوانه وأشكاله
المتعددة ، أو أمراض القولون العضوية بما فيها
الالتهابات المختلفة والأورام الحميدة أو الخبيثة
والنزيف الشرجى . . . الخ .

وطبقا للأحصائيات الطبية تصل نسبة المصابين
بمتاعب القولون فى أى عيادة خارجية الى ٥٠ ٪ على
الأقل - ولا أحد يعلم على وجه التحديد النسبة
الحقيقية بين المواطنين الذين يعانون من القولون فى
صمت ولم يستشيروا الطبيب بعد

● لماذا القولون بالذات ؟

هذا هو السؤال الذى يحير المريض والطبيب على حد سواء . . قد يتحير الطبيب لأنه يعلم أن أمراض القولون مع كثرتها - إلا أنها تظهر جميعها فى شكل أعراض محدودة للغاية مهما كان السبب الذى أدى إليها . وهذه الأعراض قد تختلف فى الشدة أو فى وجود عرض منها وإختفاء الآخر . . ولكن لا فرق فى هذه الأعراض ولا تختلف فى مريض القولون العصبى أو فى مرض القولون العضوى . ولذلك فعليه أن يبحث ويجتهد ليصل الى الحقيقة . اما عن المريض فان حيرته ناتى من عدم درايته بأن القولون وهو آخر جزء من أجزاء القناة الهضمية الذى ينتهى بفتحة الشرج - له شكل يتميز به عن بقية الأمعاء . فهو يشبه « دودة القز » . والسبب فى ذلك العضلات الموجودة فى جداره ، فهى تنقبض وتترأخى ببطء شديد وبصفة دائمة « كما هو بالرسم » وهذه خاصية طبيعية من خصائص القولون ليقوم بوظيفته لتحويل بقايا الهضم لمادة برازية ثم يقوم بطردها للخارج عند التبرز .

وحيث أن القولون يتصل بشبكة من الأعصاب اللاارادية تتحكم فى حركته وإنقباضاته على طول ١,٥ متر (وهو متوسط طول القولون) ، فإن أى انفعال أو إختلاف فى العادات التى تعودنا عليها تؤدى الى إزدياد نشاط هذه الشبكة من الأعصاب وتزداد بالتالى الانقباضات العضلية بالقولون . وهذا ما أثبتته التجارب العلمية التى أجريت على أشخاص أصحاء تماما اثناء تعرضهم لموقف انفعالى . ولذلك فإننا نتوقع زيادة غير طبيعية فى هذه الانقباضات عندما نصاب بمرض القولون سواء كان عضويا أو نفسيا .

● الأعراض الأربعة لمرض القولون :

كما ذكرنا من قبل ، نجد أن مرض القولون له أعراض محدودة

لا تزيد عن اربعة مهما كان السبب في حدوثها هي :
١ - الالم :

ويتركز في الجزء الأسفل من البطن خاصة في الناحية اليسرى .
ويصفه المريض بأنه مغص متكرر أو ثقل أو ألم مستمر .
٢ - الإمساك أو الاسهال :

وقد يغلب عرض منهما على الآخر أو قد تحدث نوبات غير منتظمة
ما بين إمساك وإسهال .
٣ - الانتفاخ والغازات :

وهذه شكوى شائعة وعادة ما يرجعها المريض لتناوله نوعا معينا
من الأطعمة ، كما أن هناك من يصفونها بأنها تلبك في الهضم وكثرة
الاحساس بحركة الأمعاء .

٤ - إزدیاد إفراز المادة المخاطية أثناء التبرز :
وقد يلاحظ المريض أيضا وجود دم مع البراز . وإذا زادت كمية الدم
فقد تتسبب في حالة نزيف حاد من الشرج .
وهذا ما يجعل الطبيب في موقف لا يحسد عليه عندما يستمع لهذه
الأعراض لاختلاف الأمور وصعوبة التكهن بالأسباب .

مرض القولون العصبي

د للتخلص من مرض القولون العصبي يجب علينا إصلاح الخلل في
النظم والقوانين التي تحكم المجتمع سواء كانت في الأسرة أو في المدرسة
أو في ظروف الحياة والعادات البيئية الموروثة .
هذا ليس رأى فيلسوف أو كاتب ولكنه خلاصة لرأى أحد كبار
العلماء المتخصصين في دراسة مرض القولون العصبي . . ولو أخذنا
بهذا الرأى بحذافيره فإن هذا يعنى إستحالة العلاج من هذا المرض
إلا بتغير الأوضاع الاجتماعية ، وهذه إستحالة أخرى !

● القولون هو المتهم الجريء :

والحقيقة أن القولون دائما هو المتهم . ويجرى الطبيب فحصه بكل ما اوتى من خبرة ، ويقوم بعمل كافة الفحوص المعملية والكشف بالأشعة وحتى فحص القولون بالمنظار . . ولكن كل النتائج تثبت بما لا يحتمل الشك أن القولون برىء تماما من أى مرض عضوى مهما تعددت الاعراض أو إشتدت ما بين الم وإمسك أو إسهال ومخاط :
* لا شك أن المرض يزداد بين الأشخاص المصابين بالقلق والتوتر أو عدم القدرة على تحمل ضغوط الحياة اليومية .
* وصحيح أن النسبة تزداد بين أفراد الأسرة غير السعيدة فتصيب الأزواج كما تصيب الأبناء .

* حتى الطبقة التى ينتمى إليها الفرد فى المجتمع لها علاقة وثيقة بالقولون العصبى - فهو أكثر انتشارا بين المثقفين عنه بين العامة .
ولكن كل ما ذكرناه ليس هو السبب الحقيقى فى حدوث المرض أو انتشاره ، فنحن ما زلنا بعيدين تماما عن معرفة ذلك . ولكنها عوامل تزيد من حدة المرض أو بالمفهوم الطبى تزيد من الاختلال فى إنقباضات القولون العضلية - التى لا نعرف لأن السبب فى حدوثها .

● تشخيص مرض القولون العصبى :

قد يبدو لأول وهلة أن تشخيص مرض القولون العصبى هو من الأمور السهلة ولا تحتاج لكثير من المجهود أو الخبرة ، وهذا عكس الحقيقة تماما وهذا ما يعرفه الطبيب عندما يواجه بحالة من هذه الحالات وما أكثرها . . ولذلك فإنه لا يؤكد خلو مريضه من مرض عضوى بالقولون إلا بعد إتباعه الخطوات التالية :

* الفحص الدقيق لمريضه بعد أن يعرف منه كل التفاصيل عن

الظروف التى أدت الى الاعراض ، وفترة المرض وطولها ، وتقلبات الحالة تبعا للضغوط النفسية .

* فحص الشرج بالاصبع وبمنظار المستقيم للتأكد من خلوه من أية تغيرات فى الغشاء المخاطى للمستقيم .

* إجراء الفحوص المعملية اللازمة مثل فحص البراز للطفيليات او الجراثيم وفحص الدم وسرعة الترسيب .

* إجراء فحص للقولون بأشعة الباريوم للتأكد من سلامة اجزاء القولون المختلفة .

وقد يرى الطبيب أنه ليس فى إحتياج لعمل كل هذه الخطوات فى بعض مرضاه ، ولكنه سيلجأ لذلك حتما فى المرضى من كبار السن او متوسطى العمر لازدياد نسبة امراض القولون العضوية فيهم عن صغار السن . كما سيطلب من مريضه متابعة حالته فى فترات متقاربة حتى يتأكد من تطور الحالة .

● علاج مرضى القولون العصبي :

* الأساس الاول فى العلاج هو بلا شك الثقة التامة والمتبادلة بين الطبيب ومريضه .

* وعلى الطبيب ان يؤكد لمريضه بعد اجراء كل الوسائل التشخيصية - أنه ليس مصابا بمرض خطير وليست هناك مضاعفات محتملة مهما إشتدت أعراض المرض او زادت .

* وعليه ان يتعايش ويتكيف مع الاعراض التى يشكو منها . فهناك كثير من المرضى يعانون من القلق والانزعاج اكثر كثيرا عما يشعرون به من الام .

وينحصر كل تفكيرهم فى تفسير اعراضهم ، والغازات ، وعدد مرات ترددهم على دورة المياه . . والاكل ونوعيته . . مما ينغص عليهم حياتهم .

* وحسب حالة المريض وظروف حياته يصف الطبيب الادوية التى تخفف من التقلص أو بعض المهدئات البسيطة . ولا شك أن هذا هو تخصص الطبيب وليس المريض على الاطلاق . فقد تلاحظ أن العديد من مرضى القولون يتعاطون الادوية أو يتبادلونها بدون استشارة الطبيب . .

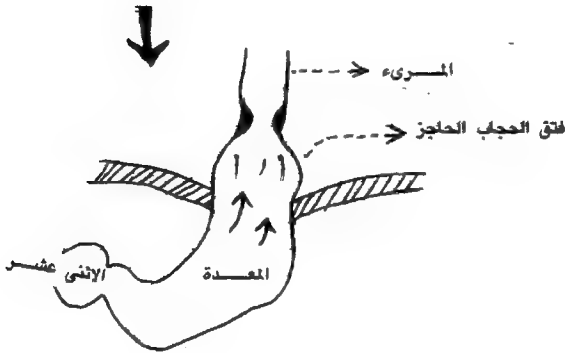
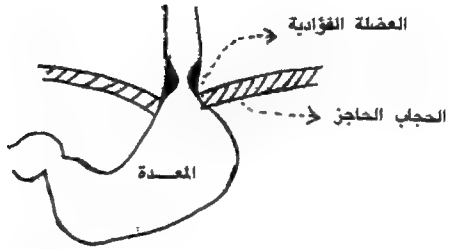
ولذلك فأنى أرجو واحذر :

- * تجنب القلق والانفعال بداع وبدون داع وتمتع بالحياة .
- * إلتزم قدر الامكان بالعادات الصحية والغذائية السليمة .
- * إياك والادوية والملينات والوصفات والمهدئات . . الخ بدون اللجوء للطبيب .
- * لأن العقاقير مواد كيميائية لها الكثير من المضاعفات والاعراض الجانبية - فكيف تستعمل - وفترات طويلة ومرض ليست له اى خطورة مثل هذه العقاقير ؟
- * واخيرا . . لا تحرم نفسك من وجبات معينة على زعم خاطيء ووهم كبير بأنها السبب فى متاعبك مع القولون .

الزوائد القولونية

والنزيف الشرجى

نطلق اسم الزوائد على اى نتوء يظهر بالغشاء المخاطى المبطن للقولون . وتختلف الزوائد فى اشكالها وانواعها واحجامها وعددها . ولكنها دائما تبرز من الغشاء المخاطى ذاته وقد تتصل به بعنق رفيع - وكأنه حبة من حبات العنب مثلا - أو قد تلتصق به تماما بدون عنق (انظر الرسم) . ومن المعروف طبيا أن الزوائد تتواجد فى اى مكان فى القناة الهضمية ، فقد نجدها فى المرئ والمعدة والأمعاء الدقيقة



ولكن النسبة الكبرى من هذه الزوائد تصيب القولون وتوجد في أى مكان به خاصة في القولون النازل والمستقيم .

● البواسير ليست السبب الوحيد للنزيف :

— عندى بواسير يادكتور - الظاهر رجعت ثانى بعد أن أجريت لها عملية من سنتين .

— فعلا كان عندك بواسير ولكنك شفيت منها تماما ولكن النزيف الشرجى الذى تشكو منه الآن له سبب آخر .

— ليه يادكتور ؟ مش هيه برضه البواسير ؟

— لا . . . عندك زوائد بالقولون ولابد من إستئصالها بمنظار القولون .

— يعنى إيه زوائد يادكتور ؟ . . وهل هي خطيرة ؟

هذه هي الاسئلة التى يجب على الطبيب أن يشرحها لمريضه ليعرفه بالاهمية الطبية لهذه الزوائد وكيف استطاع الطب الحديث باستخدام المناظير تشخيص وعلاج هذه الزوائد بدون اللجوء للجراحة .

ومن المعروف أن الإصابة بالزوائد القولونية ليس لها سن معين فهي تحدث في الصغار والكبار على حد سواء - ولا تسبب مفسا أو ألما - ولكن المرضى بالزوائد مهما كان نوعها ، يستشيرون الطبيب عندما يلاحظون وجود دم مع البراز تقل كميته أو تكثر ، ويحدث على فترات متقطعة وفي أوقات غير منتظمة - ولذلك يظن المريض خطأ أن البواسير هي السبب في النزيف الشرجى - خاصة إذا كان المريض مصابا بها أصلا أو سبق أن أجريت له جراحة لعلاجها من البواسير .

ومع أن البواسير هي أهم أسباب النزيف الشرجى لكثرة انتشارها ، إلا أن زوائد القولون أيضا هي أحد الأسباب الهامة الأخرى للنزيف ولذلك فإن الطبيب يطلب أولا من المريض إجراء فحص للقولون بأشعة

الباريوم ليؤكد من عدم وجود اسباب أخرى للنزيف الشرجي .
وإذا كان حجم زوائد القولون كبيراً فإنها تظهر بوضوح في الأشعة -
ولكنها قد لا تظهر إطلاقاً إذا صغر حجمها عن ١ - ٢ سم .

● منظار القولون :

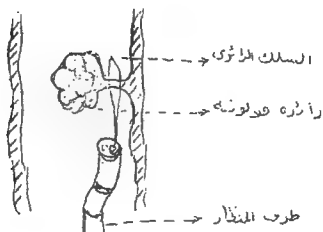
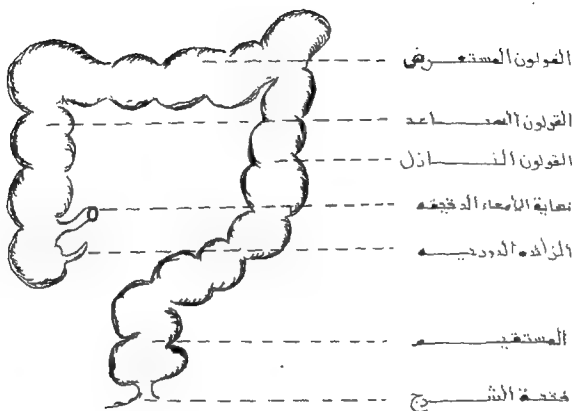
علاج لنزيف الزوائد :

بعد استخدام المناظير كاسلوب حديث في تشخيص امراض الجهاز الهضمي ، أصبح لمنظار القولون أهمية قصوى في تشخيص وعلاج الزوائد القولونية وذلك للأسباب التالية :

— يستطيع الطبيب باستخدام المنظار ان يؤكد أو ينفي وجود الزوائد التي ظهرت في الأشعة - لأننا نلاحظ في بعض الأحيان أن ما يظهر على شكل زوائد ما هو الا بقايا من مواد برازية .
— يكتشف المنظار الزوائد التي قد لا تظهر في الأشعة - خاصة اذا كانت صغيرة في الحجم حيث تصل نسبة عدم إكتشافها في هذه الحالات الى أكثر من ٥٠ % .

— إستئصال الزوائد بالمنظار ويتم ذلك بواسطة إدخال جفت مصنوع من السلك على شكل حلقة دائرية يستطيع الطبيب بواسطتها ان يحيط بالزائدة ثم يتبع ذلك تمرير تيار كهربى قاطع لتنفصل الزائدة عن الغشاء المخاطى وتسقط في تجويف القولون . ويقوم الطبيب بعد ذلك بإمسакها بواسطة جفت خاص يجذبها به الى الخارج عن طريق فتحة الشرج وترسل للفحص الباثولوجى لمعرفة نوعيتها - وتكرر نفس العملية لازالة كل الزوائد الموجودة بالقولون الواحدة تلو الأخرى . . (كما بالرسم) .

وهكذا أصبح من المتاح الآن - بعد استخدام المناظير شفاء المريض من النزيف الناتج عن وجود الزوائد بدون اللجوء للجراحة . . وحقق



إستئصال الزوائد القولونية بالمنظار

هذا الاستخدام العلاجي لمنظار القولون الشفاء بطريقة سهلة واكيدة لم يعرفها الطب من قبل .

● المنظار وزوائد القولون السرطانية :

توجد انواع كثيرة من زوائد القولون التي تؤى الى النزيف - منها الزوائد التي تصيب الاطفال أو صغار السن والزوائد الناتجة عن إصابة المريض بمرض البلهارسيا القولونية . . ولكن هناك نوعا واحدا منها فقط له خطورة واهمية خاصة - وهى الزوائد التي نطلق عليها اسم « الزوائد الغدية » وخطورة هذا النوع هى أنها اذا تركت بدون إستئصال فإنها تتحول الى ورم سرطانى . - اما اذا تم إستئصالها فإن هذا المريض يشفى تماما من هذا الاحتمال الخطير . ولذلك يعتبر الأطباء ان « منظار القولون العلاجي » أصبح يلعب الآن دورا هاما للغاية فى هذا المجال :

● الاكتشاف المبكر للزوائد الغدية وإستئصالها للوقاية من حدوث ورم سرطانى بها .

● شفاء المريض المصاب بالزوائد التي تحولت الى ورم سرطانى بدون اللجوء للجراحة - وثبت من الاحصائيات الطبية ان نسبة الشفاء التام بالمنظار تصل إلى ٩٠٪ فى مثل هذه الحالات . . وتنخفض النسبة الى ٤٠٪ فقط اذا وجد الطبيب ان الورم السرطانى قد إنتشر من الزوائد السرطانية الى جدار القولون .

● المتابعة الدورية للحالات التي تم فيها إستئصال « زوائد غدية » أو « زوائد سرطانية » للتأكد من عدم تكونها مرة أخرى . وفى المتوسط يطلب الطبيب من مريضه إعادة الكشف بالمنظار مرة كل سنتين .

● فى بعض العائلات تلاحظ ان نسبة الإصابة بسرطان القولون عالية لعوامل وراثية . وفى هذه الحالات نرى أن الكشف بمنظار القولون - بعد سن الأربعين - ضرورى . وذلك لاكتشاف الزوائد وإستئصالها فى وقت مبكر للوقاية من سرطان القولون .

● أسباب أخرى للنزيف الشرجي :

بالإضافة للبواسير والزوائد القولونية بأنواعها وسرطان القولون هناك ثلاثة أسباب رئيسية أخرى لمرض القولون والنزيف الشرجي وهي :

● الجيوب أو - الكهوف - القولونية .

● التهاب القولون التقرحي .

● مرض « كرون » نسبة لاسم الطبيب الذى إكتشفه . ولا يعلم الطب لكن السبب فى حدوث هذه الأمراض . ويعتمد الطبيب على الحالة الاكلينيكية للمريض ونتائج الفحوص والاشعة فى تشخيص هذه الأمراض . ولكن استخدام منظار القولون فى هذه الأمراض هو بلا شك إضافة هامة للغاية حيث أنه :

● يؤكد نوع الإصابة وسبب النزيف .

● يتيح الفرصة لأخذ العينات من المكان المصاب للتأكد من نوعية المرض .

● نتابع به حالة المريض وخطة العلاج سواء قبل او بعد العلاج الدوائى أو الجراحى .

.....
مما سبق ، نرى أن منظار القولون واستخداماته فى التشخيص والعلاج يمثل الآن إضافة هامة لا غنى عنها لاكتشاف أمراض القولون بأنواعها المختلفة مما يتيح الفرصة للعلاج والشفاء .



● ● خاتمة ● ●

حاولت في هذا الكتاب قدر المستطاع أن أنقل للقارئ صورة حية لما أمكن تحقيقه من تقدم مذهب في طب الجهاز الهضمي كنتيجة لتطور العلوم الطبية واستخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة في التشخيص والعلاج . ولم يكن هدفي على الإطلاق تغطية أمراض الجهاز الهضمي ككل . فهذا الكتاب ليس مرجعا طبيا . ولكني قصدت في المقام الأول أن يكون القارئ على دراية ومعرفة بما يجري حوله من تقدم بمفاهيم عصر العلم ، الذي هو سمة هذا العصر الذي نعيش فيه .

ولذلك أرجو قبول عذري أن كنت قد قصرت في تلبية رغبة البعض بعدم تعرضي لكل ما قد يدور في أذهانهم ، والتمس في ذلك العذر مرة أخرى . .
فصفحات هذا الكتاب محسوبة .

وختاماً أقدم خالص شكرى وامتنانى لمن علمنى وأمدنى بزاد لا ينضب من الحماس والعطاء - لمن أدين له بكل الفضل . . « مريضى » . . مع أطيب تمنياتى له بالشفاء .

● مصطفى المنيلوى ●

ماكسيديت

أحدث
الآفران العالمية

أطلس بريكو

يخدمك مدى الحياة

بمئات
بمزاياه العديدة



- ✦ شواية فراع
- ✦ شواية كباب
- ✦ شواية علوية
- ✦ ترموستات
- ✦ إستانلس
- ✦ زجاج الباب
- ✦ والفطار ضد
- ✦ الحرارة والكسر
- ✦ فرن كبير
- ✦ يتسع لخزف
- ✦ كامل

مضمون مدى الحياة

دلالة

جودة جمال مستوى عالمي



أطباق
أش
وال

فيتولين

سمن
نباتي

شركة الإسكندرية للزيوت والصابون

٥٠ قرشا

Bibliotheca Alexandrina



0686950

